Travail du service du professeur Déjerine à la Salpêtrière

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 15 juillet 1907 à 1 heure

Par **Guillaume-André ROUSSELLIER**

LES

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

DANS LA

RADICULITE SCIATIQUE SYPHILITIQUE

Président : M. DÉJERINE, *professeur.*

Juges : MM. BRISSAUD, *professeur.*
CLAUDE et BALTHAZARD, *agrégés.*

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Travail du service du professeur Dejerine à la Salpêtrière

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 15 juillet 1907 à 1 heure

Par Guillaume-André ROUSSELLIER

LES

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

DANS LA

RADICULITE SCIATIQUE SYPHILITIQUE

Président : M. DÉJERINE, *professeur.*

Juges : MM. BRISSAUD, *professeur.*
CLAUDE et BALTHAZARD, *agrégés.*

ACAD. MÉD. BAT. BIBL.

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26
1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	N...
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N....
Operations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat).
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDÉAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

MARCEL
PAUL
PIERRE
ÉDOUARD
HENRI

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DÉJERINE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553005_0007

AVANT-PROPOS

M. le professeur Déjerine a bien voulu, lorsque j'étais externe dans son service de la Salpêtrière, en 1904, m'indiquer l'intérêt que présenterait une étude systématique de l'état de la sensibilité chez les individus porteurs d'une sciatique et, plus particulièrement la description des troubles *radiculaires* de la sensibilité que l'on observe chez ces malades.

Ces troubles radiculaires, non encore décrits dans la sciatique, avaient, pour notre maître, une grande importance et il avait l'habitude, à cette époque, d'insister tout particulièrement dans son enseignement sur ces troubles radiculaires de la sensibilité, permettant d'affirmer, nous disait-il, que, dans la majorité des cas, la sciatique n'est pas la conséquence d'une lésion du tronc de ce nerf, mais bien d'une lésion méningée, d'une radiculite, le plus souvent syphilitique, localisée à la région de la moelle d'où émergent les racines postérieures qui constituent les fibres sensitives du nerf sciatique.

Ces troubles de la sensibilité à topographie radiculaire, non encore décrits, avaient, selon lui, une valeur séméiologique de premier ordre et mettaient, le plus souvent, sur la voie du diagnostic et, par conséquent, du traitement efficace.

Et de fait, l'observation attentive et méthodique d'un grand nombre de sciatiques m'a permis, depuis, de constater la remarquable coïncidence de la syphilis et des troubles radiculaires de la sensibilité chez un certain nombre de malades atteints de sciatique.

D'ailleurs, en 1904, MM. Gauckler et Roussy (1), a propros d'un cas de sciatique observé dans le service du professeur Dejerine, et MM. Lortat-Jacob et Sabaréanu (2) dans un travail sur ce sujet, avaient attiré l'attention sur une forme de sciatique non encore décrite avant eux : la sciatique radiculaire ou mieux la radiculite sciatique.

Je désire, dans ce travail, présenter quelques nouvelles observations de radiculite sciatique chez des malades antérieurement syphilitiques.

Mais ces cas, en somme, ne sont pas très fréquents et je ne présente en outre ici que les observations où la sciatique étant indéniable, j'ai pu dépister la syphilis antérieure et constater concurremment l'existence de troubles radiculaires très nets.

1. Gauckler et Roussy : Un cas de sciatique avec troubles de la sensibilité à topographie radiculaire : Société de neurologie, juin 1904, in *Revue neurologique*. 1904, p. 616.

2. Lortat-Jacob et Sabareanu : Sciatique radiculaire unilatérale ; in *Presse Médicale*, 5 octobre 1904.

Mais, avant de pénétrer dans le cœur de ce sujet, qu'il me soit permis, arrivé au terme de mes études médicales, de remercier celui qui en fut l'initiateur.

C'est en vous voyant au chevet de malades aimés, cher Maître, que je désirais devenir médecin à mon tour et c'est dans votre brillant service de chirurgie que je fis mes premières armes. Je regretterai toujours que les circonstances ne m'aient pas permis de rester plus longtemps sous votre savante et bienveillante direction.

C'est donc M. le professeur Combalat que je dois nommer le premier dans ce palmarès à l'envers, où l'élève, peut à son tour rendre un public hommage aux maîtres qu'il a eu la bonne fortune de rencontrer.

Je remercie les chirurgiens des hôpitaux de Marseille dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe : M. le professeur Combalat, M. le professeur Villeneuve, M. le Dr Michel qui m'enseigna la vénéréologie.

A l'Ecole de Marseille, je dois les savantes leçons du professeur Livon et du professeur Alezais, que je remercie sincèrement.

Je dois aussi rappeler les noms du Dr Brun, du Dr Acquaviva, chirurgiens des hôpitaux, du Dr André, alors chef du laboratoire des Cliniques des hôpitaux.

J'ai eu l'honneur, à Paris, d'être, dans leur service, l'élève du Dr Moutard-Martin, du professeur Pinard et du professeur Raymond. Je leur adresse mes respectueux remerciements pour leur savant enseignement clinique.

A la Pitié j'ai eu la bonne fortune d'être l'externe du Dr Babinski et je garde le précieux souvenir de son

enseignement si profondément clinique de la pathologie nerveuse.

Que M. professeur Ballet, dont j'ai également été l'externe à l'Hôtel-Dieu, veuille bien accepter ici les remerciements que je lui dois, pour ses instructives leçons de psychiatrie.

Les lumineuses conférences de psychiatrie légale du professeur Dupré restent pour moi inoubliables.

Enfin le professeur Dejerine a bien voulu, à deux reprises, nous accorder une place d'externe dans son service de la Salpêtrière et, tant à sa brillante consultation du mercredi, dans ses services d'isolement et de psychothérapie, que dans les salles où avec un dévouement inépuisable il soigne l'infinie variété des multiples cas de la pathologie nerveuse, j'ai admiré avec quel cœur il sait mettre au service de la Science une inépuisable Bonté.

Je lui dois pour ma part un public hommage. C'est avec émotion que je le lui rends.

Enfin il a bien voulu accepter la présidence de cette thèse: c'est pour moi et mon travail un grand honneur pour lequel je lui exprime ma gratitude.

HISTORIQUE

I

La sciatique.

La sciatique, affection douloureuse, rebelle et fréquente, est, parmi les maladies, une de celles qui ont été le plus étudiées.

Déjà le Père de la médecine la connaissait et sous le nom de mal de la hanche il parle d'une douleur occupant l'extrémité du siège et de la fesse et se promenant dans tout le membre inférieur. Mais sans s'attarder à examiner ce qu'en dirent à leur tour Celse, Arétée, Galien, Ambroise Paré et Fabrice d'Aquapendente on constate dans tout le cours de l'histoire de la médecine qu'elle occupe les médecins. Vater, Van Swieten en dissertent.

Stock, Cheine, Chaussier l'étudient tour à tour. Mais ils la connaissent mal la confondant avec le rhumatisme, la coxalgie, la phlébite, l'arthrite.

Les auteurs sont unanimes à attribuer à Cotugno, médecin et professeur à Naples, la priorité dans la bonne description clinique de la sciatique. C'est en 1764 qu'il publia le résultat de ses travaux. Grâce à l'anatomie il suit et localise les douleurs de la névralgie et les diffé-

rencie nettement de la coxalgie. L'une est l'ischias nervova postica et l'autre constitue l'ischias arthritica.

Il pousse même ses recherches plus loin et cherche à dépister l'étiologie de l'affection; il croit en voir les lésions et décrit une distension du névrilème par un excès du liquide céphalo-rachidien, qu'il venait de découvrir. Il est au moins curieux de signaler dès le début de l'histoire de la sciatique cette notion embryonnaire et fruste de ses rapports avec la moelle et ses enveloppes.

En tout cas Cotugno considère la sciatique comme une névralgie tout à fait spéciale, différente de celle du cubital, par exemple, et de fait pendant de longues années cette affection gardera une personnalité sous le nom mérité de maladie de Cotugno.

C'est sous cette appellation que la traitent les médecins de l'époque et ils lui appliquent les thérapeutiques les plus bizarres. Mais l'étude scientifique de la sciatique n'avance pas pour cela et ce n'est que près d'un siècle plus tard que Valleix dans un *Traité des névrites* (1841) apporte un fait nouveau en décrivant pour la douleur sciatique, toute une série de points d'élection où l'on peut tâter la susceptibilité du nerf. Ces points, dont la série est restée classique, ont gardé, encore aujourd'hui, le nom de leur inventeur. Romberg peu après (1857) essaye de déterminer le rapport exact des irradiations douloureuses avec la distribution anatomique des terminaisons nerveuses.

Mais Lasègue (1864) avec un grand sens clinique voit clair dans le fouillis de la sciatique et déjà il parle de forme bénigne et de forme grave, celle-ci compliquée

de troubles trophiques et probablement due à une lésion du nerf.

Trousseau, en 1868, reprend l'étude des points douloureux de Valleix et il en critique la trop grande précision. Néanmoins il décrit à son tour un nouveau point douloureux qu'il localise sur les apophyses sacrées.

Il faut signaler la thèse de Lagrelette (1869) intéressante comme documentation et qui contient un historique très détaillé, mais n'apporte rien de nouveau. L'an suivant Hubert Valleroux (1870) fait une étude critique très complète des symptômes révélateurs de la sciatique sévère et des troubles de la sensibilité objective.

Fernet fait une étude spéciale des atrophies musculaires, et son élève, M. Landouzy (1875), approfondit cette question et développant les idées que l'on trouve à l'état embryonnaire dans les travaux de Lasègue il scinde l'unicité clinique de la sciatique en deux formes différentes, la névralgie sciatique : c'était la forme bénigne de Lasègue, et la sciatique névrite, celle que Lasègue considérait comme la traduction clinique d'une maladie du nerf lui-même. M. Landouzy publie des cas typiques de l'une et l'autre variété. Mais si sa théorie persuade, elle ne peut encore convaincre car il lui manque l'appui ferme de l'anatomie pathologique.

Mais, en 1890, la découverte par MM. Charcot, Guinon et Parmentier des sciatiques partielles amyotrophiques limitées au sciatique poplité externe, apporte un argument aux idées de M. Landouzy.

En effet, ces sciatiques limitées ne se distinguent de la polynévrite alcoolique que par l'unilatéralité et leur origine primitive en apparence.

Mais en même temps que s'affirme de plus en plus la netteté clinique des deux formes décrites par M. Landouzy et que se découvre leur réalité anatomique, d'autres observateurs viennent éclaircir d'autres points l'histoire dela sciatique.

C'est ainsi que M. Fournier, en 1868, a décrit la sciatique blennorrhagique, question reprise en détail par M. Brisson (1883) et que les travaux de MM. Hayem et Parmentier mettent exactement au point en étudiant la méningo-myélite blennorrhagique.

En 1892 M. Quénu attire l'attention sur une variété très intéressante de sciatique se développant chez les variqueux.

L'Ecole de Salpètrière décrit à ce moment la scoliose spéciale aux porteurs de sciatique. Il faut rappeler aussi les travaux de Charcot, la publication de M. Babinski (1888), de M. Ballet (1889).

Mais la question n'est pas jugée et c'est à M. Brissaud que l'on doit la théorie actuelle. En 1890 il décrit deux formes de scoliose, la scoliose homologue et la scoliose croisée, Remack et Higier y ajoutent la scoliose alternante. Des discussions passionnées s'élèvent au sujet de la pathogénie et de la valeur séméiologique de ces déformations, Charcot, Gussenbauer, Kocher, Nicoladini, Remack, Higier, Bruhl et Soupault proposent une série de théories.

La question de la polyurie décrite par MM. Debove

et Rémond a été reprise à son tour par M. Lépine, par M. Mathieu et M. Huchard.

Achard et Soupault publient en 1892 leurs travaux sur la sciatique hystérique.

En résumé la sciatique paraissait à ce moment presque totalement connue et entièrement décrite puisque l'on en était déjà à s'occuper des formes anormales, des variétés rares et des étiologies peu fréquentes, lorsque une étude approfondie d'un symptôme jusque-là considéré comme secondaire : les troubles de la sensibilité, remet tout en question et jette une nouvelle lumière sur l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique et le traitement d'une bonne partie des sciatiques.

II

Les troubles de la sensibilité

Ce n'est pas que les troubles de la sensibilité soient une découverte récente puisque Roussel déjà parle dans sa thèse d'un affaiblissement de la sensibilité cutanée du membre malade.

Martinet, Gauthier de Saint-Martin ont, eux aussi, observé une sorte d'insensibilité de la peau chez certains de leurs malades.

Depuis nous trouvons trois observations de Notta où il est parlé de plaques d'anesthésie mais sans description de forme ni de localisation particulière.

Cependant (fait digne d'être noté), cet auteur attire l'attention sur ce fait remarquable que, dans l'un de ces cas, l'insensibilité disparaît par l'excitation répétée des régions circonvoisines. C'est, croyons-nous, la première observation de ce fait, que M. Dejerine a depuis expliqué, par la pluri-radicularité de l'innervation de la peau. Ces troubles de la sensibilité n'ont pas échappé à la

sagacité de Trousseau qui les note dans les névralgies et constatant de l'anesthésie venant remplacer l'hyperesthésie du début dans le zona, il étend cette observation à la sciatique pour les cas où elle a été longue et rebelle.

Mais Trousseau pas plus que Notta n'ont jugé de l'importance de ces troubles de la sensibilité, et c'est Hubert-Valleroux le premier qui, en 1870, nota leur constance et il ne craint pas d'avancer la formule : « *Dans la sciatique, la sensibilité cutanée est constamment altérée* » ; il a même l'intuition de l'importance capitale de ce symptôme quand il dit : « *Il faudrait pénétrer plus « avant et chercher quel jour ces modifications senso- « rielles peuvent jeter sur la nature de la sciatique, s'il « y a quelque rapport à établir entre le caractère, la gra- « vité et l'évolution de ce symptôme envisagé dans son « ensemble, enfin si l'on peut en tirer parti pour les indications thérapeutiques.* »

Il semble que Valleroux est sur le point de conclure, mais il n'y arrive pas et après lui toute une série d'observateurs et non des moindres : Fernet, Huchard, Lereboullet, Homolle, continuent à signaler les troubles de la sensibilité dans la sciatique mais sans leur appliquer de valeur spéciale. Hardy n'en fait même pas mention.

La première fois que ce trouble de la sensibilité est spécialement étudié c'est à notre connaissance, dans les *Archives de neurologie* où Guinon et Parmentier la signalent au sujet d'un cas de névrite localisée au sciatique poplité externe.

Mais la question dévie de nouveau et Achard et

Soupault, par exemple, arrivent à en tirer la description de leur sciatique hystérique.

Dans sa thèse de 1895, Phulpin constate en parlant des troubles de la sensibilité : « *Des anesthésies inégalement réparties souvent avec des troubles trophiques cutanés, un œdème chronique, des dermites, le développement exagéré ou la chute des poils, du zona bien qu'il soit infiniment plus rare ici que dans les autres dermites.* »

Il les considère comme extrêmement fréquents, surtout l'anesthésie, l'hyperesthésie est plus rare. Il cite les cas de Rosenthal dans lequel l'anesthésie de la face antérieure de la cuisse coïncidait avec l'hyperesthésie du mollet.

Il constate bien qu'elle est tantôt générale, tantôt *circonscrite*. Il va même jusqu'à parler de cas où le trouble de la sensibilité est localisé au territoire d'une ou plusieurs branches nerveuses et il la différencie nettement de l'anesthésie hystérique, et établit le diagnostic dans les cas où, comme chez un malade de Guinon et Parmentier, on trouve à la fois de l'anesthésie hystérique et de l'anesthésie névritique.

Enfin il dit textuellement :

« *Il est des cas plus complexes où l'anesthésie englobe à la fois plusieurs branches adjacentes, occupe une surface étendue du membre, ainsi qu'on l'observe dans la névrite alcoolique ou saturnine.* »

Mais de là il ne tire pas de conclusion et Dubarry dans sa thèse dit à son tour :

« *Les troubles de la sensibilité occupent, le plus sou-*

vent toute une face, ou un segment de membre, ou le membre tout entier. Ils ne s'accompagnent pas fatalement d'atrophie musculaire ou de diminution des réflexes tendineux ... Il nous a été impossible de fixer le déterminisme étiologique qui provoque dans la névralgie sciatique l'apparition des troubles de la sensibilité cutanée. »

En somme à ce moment on était arrivé à bien connaître l'existence des troubles de la sensibilité dans la sciatique.

Leur existence, leur fréquence étaient prouvées. Ils sont nettement différenciés de l'anesthésie de la sciatique hystérique de Achard et Soupault. On a même constaté que, alors que dans certains cas ils sont localisés à telle ou telle branche du nerf, dans d'autres ils prennent une forme qui ne répond plus à la distribution cutanée des rameaux nerveux. Hallion dit que cette anesthésie en nappes fixes indiquerait une sciatique grave causée par une altération profonde du nerf.

Mais la cause même de cette distribution spéciale échappe et l'on conçoit l'embarras des observateurs appelés à conclure de leurs observations. Comment une lésion du tronc du sciatique peut-elle n'entraîner que des anesthésies ou hyperesthésies partielles des régions cutanées comprises dans son territoire d'innervation ?

Posée ainsi la question eût été insoluble car la clinique ne pouvait conclure à l'absurde et il a fallu renverser la phrase : étant donné des troubles de la sensibilité cutanée dont la zone ne répond ni au territoire des nerfs périphériques, ni à la totalité du domaine du nerf sciatique, où siège la lésion ?

III

La topographie radiculaire de la sensibilité.

C'est la connaissance de l'anesthésie à topographie radiculaire qui devait éclaircir le problème et qui l'a, semble-t-il, solutionné.

Cette topographie, après les travaux de Rhoss, de Thornburn, de Kocker est, dans ses grandes lignes, connue aujourd'hui.

M. le professeur Dejerine nous enseigne que la méthode anatomo-clinique et les expériences sur l'animal sont d'accord pour démontrer que la projection sur la peau des fibres d'une racine postérieure, sensitive, revèt une distribution zonulaire qui ne répond pas aux données de l'anatomie sur la distribution des nerfs cutanés périphériques : ceux-ci ont, en effet, un territoire en plaques irrégulières représentant un véritable habit d'arlequin constitué par des pièces et des lambeaux à forme irrégulière, affectant tantôt une disposition longitudinale, tantôt une disposition oblique et empiétant d'une

façon irrégulière sur la face antérieure et postérieure, tandis que la disposition sensitive radiculaire forme des bandes.

D'ailleurs les troubles de cette innervation par les racines avaient déjà été signalés pour le territoire du plexus brachial et il convient de signaler ici que Mme Dejerine Klumpke a mis en évidence le syndrome complet de ces paralysies et nettement insisté sur leur importance et leur valeur diagnostique.

C'est en 1895 que paraît le travail de M. le professeur Raymond sur un cas de paralysie radiculaire sensitive du plexus brachial.

Il y fait voir qu'à côté de la paralysie motrice radiculaire, il y a une paralysie sensitive radiculaire ; elle aussi caractérisée par l'abolition de la sensibilité cutanée et il admet par extension que la racine postérieure peut se trouver seule lésée par une tumeur ou une plaque de pachyméningite. Dans ce cas on aura paralysie sensitive, sans observer l'atrophie qui indique que la racine antérieure est prise.

En 1896, M. Gilbert Ballet attirait à nouveau l'attention sur les troubles radiculaires et citait le cas de Chipault et Demoulin où, pour soulager un malade soupçonné d'une névralgie du cubital, et après deux résections dudit nerf, les auteurs arrivèrent, par une étude attentive, à se convaincre que la topographie de la douleur ne correspondait pas à celle du nerf cubital, mais à la distribution de la huitième racine cervicale. D'ailleurs la section de cette racine donna une guérison instantanée.

D'ailleurs il était logique d'appliquer au plexus lombo-sacré ces notions nouvelles de topographie radiculaire car dès 1864 Lasègue pouvait dire que l'étude des affections des plexus lombo-sacré et brachial devaient marcher de pair.

En effet bientôt, grâce aux travaux de MM. les professeurs Dejerine, Raymond, et à ceux qu'ils inspirèrent à leurs élèves on est assez rapidement parvenu à isoler des types remarquables et qui constituent des cas cliniques nets et définitifs.

C'est ainsi que la topographie radiculaire s'établissait dans les lésions des racines lombaires, du cône terminal, de la queue de cheval ; au cours du tabès inférieur, de l'hématomyélie, du mal de Pott lombaire, des luxations vertébrales, des tumeurs de la queue du cheval.

Mais dans ces diverses affections le trouble radiculaire est le plus souvent symétrique et si on peut souvent démêler dans le complexus symptomatique de ces affections des signes nets de sciatique bilatérale, ce n'est là qu'un symptôme accessoire.

Appliquant à la sciatique pure, à la fois les données de la clinique et celles de l'anatomie et de l'expérimentation, on devait fatalement arriver, en confrontant les troubles cutanés de cette sciatique avec la notion des zones radiculaires de la sensibilité au membre inférieur, à constater l'identité des territoires décrits dans ces deux cas.

De là à conclure que les troubles cutanés de cer-

taines sciatiques montraient d'une façon clinique évidente que ces affections étaient dues, non à une altération du tronc du nerf, mais à une lésion siégeant sur les racines rachidiennes ou à leur niveau, il n'y avait qu'un pas.

LA RADICULITE SCIATIQUE

Cette nouvelle forme qui vient prendre place aux côtés de la vieille sciatique a un histoire encore courte mais en revanche elle est précise. Elle vient montrer ce que peut donner la clinique seule et quels résultats on peut obtenir par la seule étude attentive des malades.

Ici c'est en effet la clinique qui a montré la voie et la constatation d'un seul symptôme ; son étude systématique, la confrontation des résultats obtenus permettent de soupçonner l'anatomie pathologique, d'approfondir le diagnostic, d'éclairer l'étiologie et de guider le traitement.

MM. Lortat-Jacob et Sabareanu en baptisant la radiculite sciatique ont bien indiqué ce qu'était l'affection qu'ils étudiaient. Il ne s'agit pas de refaire ou de compléter l'œuvre de M. le professeur Landouzy. Quand cet auteur a divisé les sciatiques en névrites et névralgies il a montré que la lésion du *tronc* du nerf sciatique peut être plus ou moins accentuée, de date plus ou moins ancienne, que les altérations du nerf qui en résultent

peuvent être plus ou moins accentuées. C'est une séparation en deux degrés de gravité et d'intensité différente.

Mais la nouvelle division de la radiculite est tout autre. Il ne s'agit plus ici de degré, c'est une différence de localisation et on serait volontiers tenté de la comparer aux sciatiques partielles périphériques. Dans celles-ci il s'agit de lésions des filets efférents du tronc du sciatique, dans celle-là il s'agit des filets afférents, des racines du nerf.

Mais un intérêt spécial s'attache encore à la sciatique radiculaire. C'est que du fait de la localisation de l'affection on aura à considérer pour elle des étiologies différentes que pour la sciatique ordinaire.

A cheval entre le nerf et la moelle la racine participera aux mésaventures des deux : avec l'un elle connaîtra les compressions, les blessures, les élongations, les altérations dues à des infections et à des intoxications multiples, et comme l'autre elle subira le contrecoup des irritations méningées, pâtira des tumeurs rachidiennes, des infections qui viennent troubler le bon fonctionnement de l'axe spinal. Enfin son étranglement à travers le trou de conjugaison viendra encore lui donner une fragilité plus grande, et ses réactions traduiront rapidement les perturbations pathologiques de la région.

Pour la syphilis par exemple, cause fréquente semble-t-il de radiculite, la notion de radiculite sciatique vient souder le dernier anneau à la chaîne pathologique qui depuis la cellule de l'écorce avec la paralysie

générale jusqu'à la cellule dermique avec la gomme forme une série ininterrompue de localisations possibles des manifestations de l'infection depuis le manteau, les noyaux centraux, le bulbe et la protubérance, la moelle et les cordons postérieurs, jusqu'à la racine les plexus et les nerfs tronculaires et périphériques.

MM. Roussy et Gauckler signalent un cas de sciatique radiculaire à la Société neurologique. MM. Lortat-Jacob et Sabareanu en rapportent une nouvelle observation et dès lors la radiculite sciatique est étudiée. Signalons que cette fois dans ces cas la syphilis est en cause.

Syphilitique également le malade de Silvio Gavazonni qui est présenté dans le *Policlinico* comme un cas de sciatique radiculaire. Enfin Berthéol, dans sa thèse très documentée sur la sciatique radiculaire, fait une étude très complète de la question et rapporte, parmi d'autres, trois nouvelles observations où la syphilis paraît évidente chez le malade.

MM. P. Camus et Sesary ont rapporté à la Société de neurologie en 1906 un cas nouveau dans lequel la sensibilité affecte une topographie très bizarre est telle que ces auteurs, délaissant tout à fait le point de départ sciatique de cette étude, proposent pour cette affection le nom de *radiculite du membre inférieur*.

M. André Thomas, dans une étude parue dans la *Clinique* de février 1907, adopte à son tour cette dénomination et de fait, dans les cas décrits par ces trois auteurs, la topographie de la sensibilité indique bien une radiculite. Mais il y a plus et M. Thomas signale

encore la topographie de l'atrophie musculaire. Celle-ci n'atteint pas, pour lui, exclusivement les muscles innervés par le sciatique et il note des malades chez qui il a pu nettement constater l'atrophie des muscles innervés par le crural et, en particulier, du quadriceps fémoral.

Il constate encore la parenté étroite qui lie les sciatiques radiculaires, les pseudo-névralgies des maux de Pott et du cancer vertébral, les compressions de la queue de cheval. Et s'appuyant sur le manque d'autopsies du nouveau syndrome radiculaire, il est bien près d'admettre qu'il s'agit en réalité d'une compression partielle de la queue de cheval, compression produite par une lésion méningée.

Nous rapportons plus loin à notre tour, huit observations nouvelles de radiculite sciatique dans lesquelles, soit l'examen du malade, soit l'étude de ses antécédents, soit l'effet du traitement mercuriel, nous permettent de porter d'une façon à peu près absolue le diagnostic de syphilis causale.

Malheureusement nous ne pouvons apporter aucune base anatomo-pathologique à ces diagnostics car nous n'avons aucune autopsie et aucun des observateurs qui qui ont étudié la question de ces radiculites, n'a pu présenter de pièce.

Mais, si M. Landouzy a pu, sans anatomie pathologique, décrire exactement la sciatique névrite et la sciatique névralgie, si la clinique seule a suffi à MM. Lortat-Jacob et Sabareanu pour caractériser la radiculite sciatique, il paraîtra probablement aussi juste de se con-

tenter de la constatation de l'efficacité du traitement mercuriel sur une radiculite chez un syphilitique, pour conclure à la spécificité de la lésion radiculaire.

Ce n'est pas que nous voulions laisser dans l'ombre les autres étiologies possibles de radiculite et il est évident que par exemple une fracture ou une luxation de la colonne vertébrale pourra, en comprimant les racines postérieures du nerf sciatique, donner le syndrome de la radiculite et même le traumatisme simple peut, à distance, dans le temps et dans l'étendue, amener des troubles de la sensibilité cutanée et c'est ainsi que Rose admet, ainsi, la production d'une plaque de méningite.

Il est non moins évident qu'une tumeur, par exemple un cancer, localisée ou étendue sur les racines lombo-sacrées pourra par compression, irradiation et propagation, amener de la radiculite.

Mais ce n'est alors qu'un phénomène, un symptôme surajouté et il n'a guère de valeur que comme tel, sauf dans les cas où, comme dans ceux signalés par Oberthür, la localisation du processus néoplasique au trou de conjugaison, donne à la radiculite la valeur d'un symptôme signal.

De même dans la *Revue Neurologique*, M. Nageotte a relaté trois observations de sujets atteints d'une tumeur cérébrale ou cérébelleuse et chez lesquels on a trouvé des altérations des racines postérieures. Mais ce sont là des cas rares, des curiosités anatomo-pathologiques.

Bien plus fréquents sont les cas où la tuberculose et sa localisation rachidienne, le mal de Pott, sont en jeu

et déjà Charcot avait signalé des troubles radiculaires de la sensibilité chez un pottique. Mais ici encore le plus souvent ce syndrome ne sera qu'un épi-phénomène sans grande importance.

Néanmoins, comme le dit, dans sa thèse, fort justement Berthéol, il faudra dégager le cas de sciatique par mal Pott de certains autres où la cyphose consécutive de la sciatique pourrait en inspirer aussi pour un mal de Pott.

D'ailleurs on ne comprendrait pas que les racines postérieures soient seules prises et le plus souvent il y aura paraplégie douloureuse.

C'est la paraplégie douloureuse classique du mal de Pott.

Il est d'autres cas où la tuberculose agira plus directement, par ses toxines et M. le professeur Landouzy a bien insisté sur cette influence fâcheuse de la tuberculose sur les tissus nerveux. Nous ne pouvons insister ici sur cette étiologie. Rappelons seulement les douleurs spontanées dont parle M. Chantemesse, dans la méningite tuberculeuse. Enfin une des observations de MM. Lortat-Jacob et Sabareanu paraît bien due à la bacillose.

De la bacillose à l'alcoolisme la transition est facile et ici encore nous trouvons ces deux étiologies voisinantes. C'est ainsi que Berthéol a rapporté plusieurs observations où il n'a pu retrouver dans les antécédents des malades que le seul alcoolisme.

Mais sans vouloir diminuer en rien l'importance de ces diverses causes il apparaît que la syphilis est d'une fréquence particulière dans les antécédents des por-

teurs de sciatiques radiculaires et il semble que cette forme de la névralgie soit la manifestation la plus normale de la syphilis sciatique.

Et cela ne surprendra pas puisque la syphilis donne à la fois des tumeurs, qui sous forme de gomme pourront réaliser des compressions, des infiltrations diffuses qui pourront embrasser les racines et réaliser les mêmes dégâts que la tuberculose ou le cancer. Mais en outre et surtout il est une affection dont l'influence est ici prépondérante et sur l'importance capitale, primordiale de laquelle tous les auteurs sont d'accord : c'est la méningo-myélite diffuse. La compression que celle-ci exerce sur les racines explique parfaitement les troubles de la sensibilité, tant hyperesthésie qu'anesthésie et l'influence merveilleuse du traitement spécifique dans ces cas de sciatiques très douloureuses rebelles à tous les autres traitements. D'ailleurs la thèse de Lamy, les travaux du professeur Kohler avaient déjà signalé les altérations radiculaires par la syphilis et d'autre part cela concorde bien avec cette affinité spéciale de la syphilis pour les régions postérieures de la moelle.

Il faut ajouter d'ailleurs que la cellule ou la fibre nerveuse sera relativement peu lésée et c'est surtout les enveloppes, les méninges et plus particulièrement encore les artères qui seront prises.

Et de fait le cas initial de Lortat-Jacob est d'origine syphilitique, le malade de Gauckler et Roussy de même, celui de Gavazonni nie avoir eu la vérole, mais ses antécédents la décèlent et le succès complet du traitement mercuriel lève toute hésitation. Nous même rapportons

huit nouveaux cas où la syphilis ne paraît guère douteuse.

Avouée dans les observations 7, 8 et 14 elle est prouvée par l'examen de la langue pour la malade de l'observation 9, par les antécédents pour les observations 12 et 13 et le traitement fut particulièrement efficace dans les cas 11 et 13. Enfin la lecture des cas 9 et 4 montrera que là aussi elle paraît bien probable.

Chez ces divers malades nous retrouvons d'ailleurs d'une façon générale les symptômes de la radiculite et d'abord le tout premier le capital : des troubles de la sensibilité qui ne peuvent pas être mis sous la responsabilité du tronc du nerf, pas plus qu'être confondus avec ceux qu'occasionnerait une lésion minime intéressant seulement une ou plusieurs branches cutanées du sciatique.

Si l'on rapproche nos schémas de celui que donne Flower de la distribution des territoires nerveux au membre inférieur on constatera que pas plus que ceux déjà publiés par Lortat-Jacob, Gauckler et Roussy ils ne peuvent être juxtaposés. Pour l'œil le moins prévenu cela ne cadre pas, alors que si on fait la même comparaison avec les schémas de distribution radiculaire celui de Kocher par exemple, on trouve une allure générale identique.

Nous devons cependant reconnaître qu'à côté de certaines observations où les troubles de la sensibilité sont exactement et remarquablement limités par les zones que décrit Kocher, il en est d'autres où, bien que la disposition générale soit la même, nous n'arrivons pas à l'identité et à la rigoureuse similitude. Mais il faut remarquer que cette recherche de la sensi-

bilité est particulièrement délicate, qu'elle tient toute dans l'appréciation et qu'elle demande autant de bonne volonté, de patience et d'attention chez le malade que chez l'observateur.

Et à ce sujet nous pouvons formuler l'espoir d'un appareil plus rigoureux et plus scientifique que la simple aiguille conduite à la main. C'est particulièrement au niveau du pied que nous avons eu de la difficulté à fixer les limites des troubles et plusieurs fois même nous avons dû reconnaître définitivement que ces bandes à cette région s'éloignaient sensiblement des territoires dessinés par Kocher. Le schéma de l'observation Lortat-Jacob et Sabareanu que nous reproduisons montre d'ailleurs la même dissemblance.

Au point de vue de la prédominance des troubles sur telle ou telle racine l'examen des observations rapportées plus loin nous montre dans l'observation II comme prises les 1re, 2e, 3e, 4e, 5e lombaires, 1re et 2e sacrées avec intégrité complète de la 3e sacrée. Gavazonni signale des troubles des 2e, 3e, 4e lombaires, des 1re et 2e sacrées, de l'hyperesthésie de la 1re lombaire. Gauckler et Roussy notent l'hypoesthésie des 3e, 4e et 5e lombaires.

Notre observation VII montre l'hypoesthésie des 1re et 2e sacrées ; la Ve l'hyperesthésie des 4e et 5e lombaires et de la 1re sacrée. Dans la VIIIe la 2e sacrée est seule prise. Dans la Xe l'hypoesthésie s'étend aux 3e, 4e et 5e lombaires. La XIe n'a qu'une bande très mince d'hypoesthésie correspondant à la 1re sacrée. La IVe de Berthéol paraît concerner les 3 dernières lombaires. Notre observation XII intéresse les 1re et 2e sacrées. La

Ve de Berthéol paraît englober les 3 dernières lombaires et les 2 premières sacrées.

L'observation XIII indique l'hypoesthésie des 4e et 5e lombaires et des 1re et 2e sacrées. L'observation VII par Berthéol semble intéresser les 3e, 4e et 5e lombaires qui sont hyperesthésiques. Enfin l'observation XIV montre l'hypoesthésie des 4e et 5e lombaires et des 1re et 2e sacrées.

En résumé la 5e lombaire est prise 11 fois, viennent ensuite la 4e et la 1re sacrées avec 10 fois, la 3e lombaire et la 2e sacrée 7 fois, la 1re lombaire 3 fois, la 2e lombaire 2 fois.

L'anesthésie et l'hypoesthésie sont de beaucoup les plus fréquentes, que l'hyperesthésie 41 bandes contre 7.

La scoliose fait fréquemment partie du tableau symptomatique de la radiculite sciatique. De fait Lortat-Jacob la signale (scoliose homologue); de même Gavazonni. En revanche le malade de Roussy avait sa colonne vertébrale droite. Nous trouvons la scoliose homologue dans les observations VII, IV, XII et VI.

Ainsi sur 14 cas de radiculite 7 fois la scoliose homologue est notée. Cela vient à l'appui des 3 cas signalés par M. le professeur Brissaud où cet auteur a noté la déformation vertébrale du côté du membre douloureux.

En revanche nous n'avons pu noter, dans nos observations personnelles, un seul cas de trépidation épileploïde, non plus que de signe de Babinski ou de signe de Gordon.

L'état des réflexes tendineux est irrégulier et on ne

saurait compter sur lui pour fixer le diagnostic ; tantôt exagérés, tantôt normaux, tantôt affaiblis ces réflexes ne nous permettent aucune conclusion.

En revanche le signe de Lasègue est absolument constant et plusieurs fois nous l'avons trouvé d'une intensité tout à fait remarquable.

La recherche des points douloureux de Valleix a été positive, mais la douleur provoquée par cette recherche n'a pas toujours été en rapport de l'intensité des troubles radiculaires et de la netteté du signe de Lasègue.

Le signe de Kœrnig a été positif deux fois. Pour Augusto Plessi qui l'a étudié spécialement dans la sciatique, il serait dans cette affection, une réaction de défense liée à un état d'excitabilité exagérée des terminaisons nerveuses intra-musculaires, et entrant en jeu dès que ces terminaisons reçoivent une incitation. Nous ne pouvons rien ajouter et deux cas n'ont pu fixer notre opinion.

Les douleurs accusées par les malades ne présentaient aucun caractère typique ; les uns souffraient beaucoup, d'autres peu. Seule la malade de l'observation XIV nous a présenté le signe de la secousse de toux du Dr Sicard. Ce signe était net aussi, paraît-il, chez deux malades de MM. Lortat-Jacob et Sabareanu.

En somme c'est surtout en nous appuyant sur la constatation des signes ordinaires de sciatique, avec en plus les troubles radiculaires de la sensibilité, que nous avons posé nos diagnostics et du même coup éliminé l'hypothèse de névralgies des plexus lombaire et sacré car dans ce cas nous aurions eu des troubles

de la sensibilité superposables à la distribution anatomique des nerfs.

Evidemment chez nos malades syphilitiques, l'hypothèse de tabès doit venir à l'esprit aussitôt, d'autant que les troubles radiculaires de la sensibilité au cours du tabès sont bien connus. M. le professeur Dejerine a pu dire qu'ils peuvent apparaître avant le signe d'Argyll, avant les troubles des réflexes, et bien souvent, dans son service de la Salpètrière, nous avons vu confirmer un diagnostic de tabès hésitant, par la constatation de bandes radiculaires d'anesthésie.

Si de ce fait on rapproche l'affinité du tabès pour les racines postérieures, on conçoit combien est troublante, séduisante, dirons-nous même, la théorie de ceux qui prétendent que toujours la lésion commence par les racines. Mais ce sont là des questions que nous n'avons même pas à envisager ici, qu'il nous suffise de signaler cette communauté des troubles radiculaires entre le tabès et la radiculite sciatique.

D'ailleurs, chez nos malades, ceux du moins dont nous présentons l'observation, aucun ne présentait de signe de tabès, pas d'Argyll, pas de Romberg, pas de troubles sphinctériens ou viscéraux.

Donc nous ne croyons pas avoir affaire à des tabétiques aux premières périodes.

L'hypothèse d'hystérie doit être écartée tant à cause des caractères bien spéciaux que présentent les troubles sensitifs de la névrose que de l'absence complète de stigmates chez nos malades.

Dans leur travail MM. Lortat-Jacob et Sabareanu

nous mettent en garde contre les altérations de la queue du cheval qui entraînent des symptômes douloureux dans les régions innervées par les sciatiques. Il ne paraît pas que nos observations puissent prêter à confusion à ce sujet.

Car aucun de nos malades n'a présenté de troubles du côté des organes génitaux ou des sphincters, pas une seule fois le territoire de la troisième sacrée n'a été intéressé par les troubles sensitifs.

Mais si nous restons fixés au diagnostic de radiculite sciatique nous nous empressons d'ajouter, d'origine syphilitique, Car si, au point de vue pronostic, les sciatiques accompagnées de troubles radiculaires de la sensibilité, n'échappent pas à la loi générale qui veut que les lésions radiculaires soient plus graves que les lésions nerveuses, en revanche la notion de syphilis adoucit dans de très grandes proportions la gravité des prévisions à faire au sujet de l'évolution de l'affection.

Ici tous les auteurs sont d'accord. M. le professeur Dejerine insiste particulièrement sur la curabilité de ces sciatiques syphilitiques par le traitement spécifique. M. le professeur Landouzy qui *fait aux malades, la grâce de penser qu'ils ont eu la syphilis* indique lui aussi l'importance de la constatation de la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint de sciatique.

M. Lortat-Jacob estime lui aussi que toute sciatique radiculaire *qui ne fait pas sa preuve* est un symptôme d'une détermination radiculaire et méningée au cours d'une syphilis méconnue et elle revêt à ses yeux

une importance analogue à celle d'une cicatrice du germe.

De sorte que le malade devrait se réjouir de cette sciatique, grâce à laquelle on dépiste à temps et arrête par un traitement convenable une syphilis en évolution, et ce traitement d'ailleurs supprimera du même coup les douleurs qui l'ont appelé. Berthéol, à son tour, dans sa thèse conclut : « *On ne saurait trop insister sur l'utilité qu'il y a à rechercher la disposition des troubles de la sensibilité puisque la connaissance de la topographie radiculaire en éveillant l'idée d'une étiologie syphilitique nous permet de modifier complètement le pronostic grâce au traitement.* »

Que nous voilà loin de la thérapeutique de Cane qui préconise, en 1851, il est vrai, la cautérisation de l'oreille contre la sciatique et par quelle succession de remèdes plus ou moins héroïques n'a pas évolué la sciatique avant de se voir appliquer le vrai topique, celui qui subit l'épreuve du « naturam morborum curationes ostendunt. »

Aussi n'hésitons-nous pas à conclure à notre tour, et nos observations viennent à l'appui de notre dire, que toutes les fois qu'une sciatique à étiologie inconnue présentera des troubles radiculaires de la sensibilité, il conviendra de rechercher soigneusement la syphilis probable du malade, et si on la trouve, il faudra immédiatement appliquer le traitement mercuriel, et dans les cas où l'examen attentif du malade, l'étude de ses antécédents ne permet pas de déceler des traces de l'infection il faudra encore essayer le traitement spécifique.

MM. les professeurs Dieulafoy, Landouzy, Dejerine, M. Lortat-Jacob ont tous signalés les heureux effets du traitement mercuriel.

Jamais on n'a, à l'encontre de certaines affections para-syphilitiques qui reçoivent un coup de fouet sous l'influence du mercure, jamais on n'a vu la médication hydrargyrique aggraver une sciatique et même dans les cas où rien ne permet de croire à la possibilité d'une infection syphilitique antérieure, on pourra voir néanmoins le traitement spécifique amener encore des sédations très nettes.

OBSERVATIONS

Observation I

(Gauckler et Roussy). *Sciatique radiculaire droite, III, IV, V, L. Syphilis.*

Le nommé P..., âgé de 58 ans, se présente à la consultation de la Salpêtrière le 11 mai 1904. Il souffre depuis trois semaines de la jambe droite. Les douleurs sont de nature variable.

Comme antécédents, blennorrhagie à 16 ans, à 18 ans syphilis avec chancre de la verge, roséole et plaques muqueuses. Cette syphilis a été traitée à Ricord pendant six semaines, puis complètement négligée. A 40 ans, il aurait eu une cystite avec rétention d'urine et émission des urines par regorgement. D'après ce que raconte le malade et d'après le traitement qu'on lui a fait suivre il semble qu'il se soit agi là d'accidents aigus de prostatisme et non d'un trouble sphinctérien d'origine centrale. Les antécédents héréditaires du malade sont tous négatifs. Il a six enfants tous vivants n'ayant présenté aucune trace de spécificité héréditaire.

A l'examen du malade couché, le membre sain se présente

avec quelques varicosités. Du côté malade les varices sont beaucoup plus prononcées et forment des paquets le long du trajet de la saphène interne. Les deux membres sont d'ailleurs de volume égal et il n'y a pas de trace d'atrophie musculaire.

Tout le trajet du sciatique est douloureux à la cuisse et à la fesse. On trouve un point péronier. Mais au delà on ne trouve ni les points douloureux de la jambe ou du pied, ni les points lombaire, sous-iliaque ou iliaque.

Pas de douleur sur le trajet du crural.

Le signe de Lasègue est positif.

Les réflexes achilléens sont normaux des deux côtés, le réflexe rotulien est considérablement diminué du côté malade.

Il n'y a pas de signe de Babinski. La force musculaire est conservée dans toute l'étendue du membre aussi bien pour les mouvements de flexion que d'extension, pour ceux d'adduction que pour ceux d'abduction.

La recherche de la sensibilité fait découvrir une région hypoesthésique aux divers modes de la sensibilité. Cette région occupe la partie antéro-externe de la cuisse et de la jambe. Commençant en avant au niveau du pli de l'aine et en arrière au niveau de la région moyenne de la fesse, elle se termine en un triangle à sommet inférieur situé sur le bord externe de la jambe à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur.

Il s'agit en somme d'une topographie radiculaire d'hypoesthésie située dans le domaine des III, IV et V lombaires.

La sensibilité osseuse recherchée au diapason montre une diminution nette de ce mode de sensibilité au niveau des points malléolaire et condylien externe, diminution constatée par rapport aux points internes du même côté et par rapport aux points symétriques du côté opposé.

Le sens des attitudes est conservé dans chacun des segments du membre malade.

Il nous faut signaler encore l'extrême sensibilité des vasomoteurs du malade chez lequel les piqûres d'épingle faites pour la recherche de la sensibilité ont, aussi bien sur le membre malade que sur le membre sain, occasionné de véritables éruptions ortiées.

Le malade, examiné debout, ne présente pas de déformations vertébrales dues à sa sciatique, mais la marche est considérablement entravée par la douleur. Le malade ne steppe, ni ne talonne. Il n'y a, à aucun degré, trace d'ataxie.

En somme il s'agit là d'une affection d'apparence toute banale et qu'on n'hésiterait pas à baptiser sciatique variqueuse si trois points de son histoire ne venaient rectifier le diagnostic.

Ces trois points sont : l'existence d'une syphilis antérieure point ou mal traitée, la présence d'une légère lymphocytose du liquide céphalo-rachidien ; enfin et surtout la reconnaissance de troubles de la sensibilité à topographie radiculaire.

Et le diagnostic de méningite radiculaire spécifique nous paraît s'imposer en quelque sorte du fait de cette triple constatation.

Observation II

(Lortat-Jacob et Sabaréanu). *Radiculite sciatique gauche I, II, III, IV, V : Lombaire ; I, II : Sacrées. Syphilis. Scoliose homologue* (*Presse médicale*, 5 otobre 1904.)

Le nommé Louis D..., âgé de 39 ans, exerçant les professions de fumiste et de lutteur forain, entre à l'hôpital, dans le ser-

vice du professeur Landouzy, le 20 février 1904, pour des troubles moteurs et sensitifs du membre inférieur gauche.

C'est un homme très vigoureux, bâti en athlète. De grande taille, ce colosse faiblit sur ses bases, et l'attitude hanchée qu'il présente contribue singulièrement à lui donner duraccourcissement. Il existe au niveau de l'épigastre et des flancs un certain degré d'obésité. D'autre part les sensations douloureuses qu'il éprouve dans la cuisse gauche lui interdisent tout mouvement de flexion et d'extension du tronc.

Couché dans un lit, le malade ressent des douleurs spontanées, moins intenses mais profondes, et siégeant dans tout le membre.

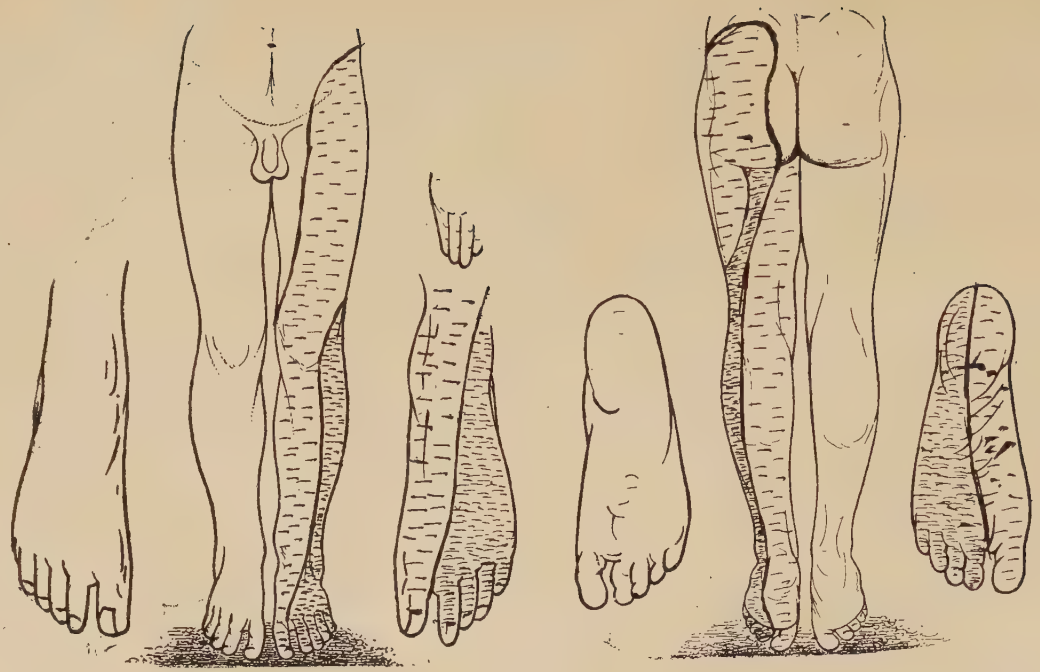
Sans exacerbation nocturne, ces douleurs sont provoquées par les mouvements, par les efforts et par la pression. Mais il faut noter que la plupart des points de Valleix sont frustes et et atypiques. Toutefois, la pression provoque des douleurs dans les régions sacro-iliaques et trochantériennes.

Debout : on note un degré très accentué de scoliose homogue ; le rachis est dévié du côté gauche, le malade penchant tout son corps de ce côté.

Pendant la marche, le malade fléchit le tronc sur son membre inférieur gauche. Mais quand le pied gauche appuie sur le sol, la jambe correspondante fléchit sous le poids du corps. Il s'ensuit une claudication si douloureuse, que D... ne peut se déplacer sans le secours d'une canne.

La sensibilité, dans tous ses modes, est diminuée sur le membre inférieur gauche et même abolie en certains points.

La *topographie* des zones d'anesthésie et d'hypoesthésie, fixée plusieurs fois dans chacun de ses séjours à l'hôpital, donne des



Obs. II

résultats concordants, dont les schémas ci-joints sont la reproduction fidèle.

On voit sur ces schémas que l'anesthésie est formée par une bande mince partant du pli fessier gauche, descendant sur la face postérieure de la cuisse, en tournant la face externe de l'articulation du genou; là, elle s'élargit sous forme d'une bande occupant la moitié externe de la face postérieure et la région externe de la jambe.

Sur le pied, l'anesthésie occupe la face dorsale des quatre derniers orteils, coupe par moitié l'interligne articulaire tibio-tarsienne, et de là, va obliquement rejoindre la bande d'anesthésie externe située sur la jambe.

A la face plantaire, l'anesthésie est distribuée sur les quatre derniers orteils et la moitié externe de la plante du pied.

L'hypoesthésie occupe le reste du pied, de la jambe et de la cuisse, sauf, en cette région, une bande respectée.

La limite supérieure de l'hopoesthésie est la suivante : à la face antérieure, elle empiète un peu sur la région inguinale et à la face postérieure, elle remonte presque jusqu'à la crête iliaque où elle s'arrête brusquement.

La limite interne et postérieure est représentée par une verticale passant à trois travers de doigt en dehors de la ligne interfessière.

La région péri-anale, la région scrotale, la verge et le périnée sont indemnes de tout trouble sensitif.

La motilité est diminuée dans le membre inférieur gauche : la force de résistance que le malade oppose aux mouvements contraires est moins grande que du côté sain.

L'examen électrique démontre qu'il n'y a pas de réaction de

dégénérescence, mais qu'il existe une certaine excitabilité musculaire au courant galvanique.

Réflexes. — Le réflexe achilleen gauche est exagéré. Le réflexe patellaire du même côté est plus brusque que normalement. Le réflexe crémastérien est très vigoureux.

Les troubles trophiques se traduisent par une diminution de la circonférence du membre inférieur gauche sur celle du côté droit, et par un épaississement du tissu cellulaire adipeux sous-cutané du côté malade, principalement à la cuisse.

Les troubles vaso-moteurs montrent une légère diminution de la température du côté malade, sensation de froid sur laquelle la malade attire notre attention.

L'examen de divers appareils donne les résultats suivants :

Rien du côté des reins, pas d'albuminurie, pas de glycosurie, pas de polyurie.

Légère rudesse du sommet gauche, mais le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont est négatif à diverses reprises.

Le testicule gauche est très augmenté de volume, dur, non douloureux, présentant l'aspect caractéristique du testicule en galet. Le droit est normal.

A la jambe gauche, une cicatrice présentant un peu l'aspect gaufré, et adhérente aux plans profonds.

Antécédents. — Il y a quinze ans, D..., étant soldat au Tonkin, a eu un chancre à la verge et a été soigné au mercure. A la suite, se sont montrés des accidents secondaires.

Autrefois, disait-il, il avait fait quelques excès de vin et surtout d'absinthe, mais depuis six ans, ayant été soigné par le professeur Landouzy, sur son conseil, il a cru cesser tout excès de boisson, en n'absorbant plus qu'une moyenne de 3 litres de vin par jour.

Le malade ne présente aucun symptôme de névrose.

Enfin, le malade présente des réactions pupillaires normales, ses réflexes achilléens sont conservés et l'on ne peut soupçonner chez lui aucun signe de tabès.

Il s'agit donc bien d'une sciatique organique ; reste à en déterminer le siège....

Si nous comparons les schémas de la sensibilité du malade aux schémas de topographie radiculaire, très connus, de Kocher, nous voyons que l'anesthésie répond, au membre inférieur, aux deuxième et première racines sacrées. Quant à l'hypoesthésie, elle affecte une topographie radiculaire très nette, occupant le territoire des racines lombaires.

En résumé, nous sommes en présence d'altérations de différente intensité de plusieurs racines, 1e, 2e, 3e, 4e lombaires, 1e et 2e sacrées ; la lésion s'arrêtant très nettement à la troisième sacrée qui est respectée comme l'indique la sensibilité normale au niveau des bourses, de la verge et de la région péri-anale.

Cette grande étendue du territoire hypo et anesthésique ne pourrait être réalisée par une lésion des nerfs périphériques car il faudrait faire intervenir des lésions véritablement multiples de nerfs variés et l'on ne comprendrait pas l'étiologie périphérique de cette distribution.

Tout au contraire cette topographie trouve une interprétation anatomique dans un siège radiculaire ; de plus la disposition en faisceau des racines au niveau de la queue de cheval peut être invoquée pour expliquer comment une lésion de peu d'étendue a pu intéresser un aussi grand nombre de racines....

Au point de vue clinique la localisation de la lésion à deux des racines du plexus sacré pourrait expliquer les caractères un peu inaccoutumés du syndrome douloureux de notre malade ;

dans notre observation, nous notons les points de Valleix incomplets et la scoliose homologue.

Cette dernière est l'exception dans la sciatique tronculaire, et quand elle s'y produit, les classiques, avec le professeur Brissaud, invoquent la contracture des muscles du même côté. Nous insistons donc particulièrement sur ce fait que cette scoliose s'est rencontrée dans notre syndrome de radiculite sciatique et qu'elle coexiste avec l'exagération du réflexe achilléen du même côté.

D'autre part la notion de syphilis avouée et évidente chez notre malade par les caractères que présente le testicule nous suggère aisément l'idée d'une détermination spécifique à localisation méningo-radiculaire.

Les affinités de la syphilis pour ces régions autorisent cette conception que vient étayer la constatation du syndrome radiculaire sensitif.

Observation III

(Silvio Gavazonni). *Sciatique radiculaire droite I°, II°, III°, IV° lombaires; I°, II° sacrées. Syphilis. Scoliose homologue.*

Le nommé P..., meunier, âgé de 46 ans, de Bergame, se présente à ma clinique le 30 mars 1904 pour une affection douloureuse du membre inférieur droit survenue environ depuis quatre mois. Le malade est atteint de bégaiement apparu chez lui dès l'enfance ; un des ses fils âgé de 6 ans (le malade est marié et a deux enfants) présente néanmoins une difficulté de prononcia-

1. Un cas de sciatique radiculaire (*Silvio Gavazenni Policlinico*, août 1905).

tion ; deux cousins et leurs pères sont bègues ; nous sommes donc en présence je dirai presque d'un bégaiement familial.

A l'âge de 16 ans, le nommé P... fut atteint d'une affection douloureuse, qui frappa d'abord les articulations des deux gros orteils, qui passa ensuite successivement aux articulations du genou, de la hanche, aux articulations du poignet et du coude. La durée de l'affection fut d'environ six mois. Le médecin traitant avait fait le diagnostic de goutte. Le malade présente comme trace de l'affection subie une déformation des deux gros orteils semblable à celle que l'on a coutume d'observer chez les goutteux.

Entre 17 et 19 ans il souffrit deux fois d'une blennorrhagie, de laquelle il guérit en peu de temps. Spécialement interrogé à ce sujet il nie avoir eu la syphilis. Il n'a pas fait de service militaire, étant resté comme fils unique. Entre 20 et 40 ans il continue sa profession de meunier, changeant souvent de résidence ; il conserve toujours bonne santé. Il n'a pas eu à souffrir de paludisme; il ne fait jamais abus de vin ou de tabac.

Vers la seconde moitié de décembre de l'an passé il commence à sentir une douleur à la région lombaire et sacro-iliaque droite, douleur qui promptement se manifeste à la fesse, à la face postérieure de la cuisse, à la jambe et au pied. Cette douleur se manifestait spécialement dans les mouvements tandis qu'elle était moins marquée si le malade se tenait au repos. Après quelques jours, réussissant avec beaucoup de peine à faire son travail, il consulte un médecin qui fait le diagnostic de sciatique et lui ordonne le repos au lit et des frictions avec un liniment térébenthiné. Mais les douleurs, pendant ce temps, se faisaient plus intenses (nous sommes au 1er jour de janvier 1904). Aussi le malade, après être resté au lit pendant une dizaine de

jours, eut l'idée de recourir à un empirique, qui jouissait de la renommée de guérir en très peu de temps la sciatique. Le malade fut par celui-ci soumis environ pendant deux heures à une application locale révulsive extrêmement douloureuse, qui provoqua une rougeur intense de tout le membre inférieur droit. L'avantage ne fut pas marqué. Toutefois le malade, contraint par le besoin, recommença tant bien que mal ses occupations, ayant obtenu de ses maîtres d'être employé comme surveillant et ainsi de rester immobile la majeure partie de la journée. La persistance des douleurs force pourtant de nouveau le malade à recourir par deux autres fois (fin de janvier et milieu de février) à l'empirique déjà signalé, qui répète le même traitement, mais toujours avec le même insuccès pour le pauvre malade. L'épreuve de plusieurs autres liniments et médicaments ayant été faite en vain, le malade recourt à mes soins le 30 mars 1904.

Ayant réuni les présents renseignements anamnestiques, je procède avec mon collègue, le Dr Conti, à l'examen objectif du malade, dont voici les résultats :

Homme de haute stature, maigre, pâle avec calvitie précoce et musculature plutôt grêle. Il se tient un peu recourbé avec le tronc incliné à droite ; le rebord costal du côté droit est rapproché du bassin du même côté, le pli de la fesse droite descend plus en bas que celui de la gauche, et toute la hanche gauche est soulevée et comme portée en avant. Le malade est donc incliné à droite et présente de ce côté, pour parler comme Brissaud, l'attitude d'un individu qui porte un seau d'eau à bout de bras en évitant de se mouiller. Le malade conserve une semblable attitude, quand on le fait marcher. On n'observe ni steppage, ni talonnement, ni aucun degré d'ataxie.

La région fessière droite est profondément atrophiée. Sa con

sistance est diminuée et il est facile de se rendre compte que le tissu musculaire est remplacé par du tissu graisseux ; une atrophie marquée atteint néanmoins tout le membre inférieur droit. La force musculaire est à peu près conservée ; les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction sont exécutés assez bien, limités en partie aussi par le réveil de la douleur. Les deux membres inférieurs présentent des varices qui prédominent à droite spécialement dans le territoire de la saphène externe.

Interrogé sur la nature de ses douleurs, le malade dit qu'elles sont pour ainsi dire continuelles, mais que pourtant avec le repos et durant la nuit elles diminuent suffisamment s'il parvient à dormir. Inversement elles s'exacerbent grandement dans tous les mouvements, dans tous les changements de position.

Les points d'élection pour la douleur soit spontanée, soit provoquée par les mouvements, sont (naturellement toujours à droite) le point lombaire, l'iliaque, le trochantérien, la moitié de la face postérieure de la cuisse, le poplité, le malléole externe. Cette douleur sourde profonde qui ne s'irradie ni à la face antérieure de la cuisse ni aux organes génitaux est de temps en temps rendue plus vive par des élancements, douleurs lancinantes. Le malade ressent alors un endolorissement général, une sensation de froid et de fourmillement dans tout le membre. Les points de Valleix sont peu marqués, exception faite en partie au moins pour les points lombaire, trochantérien, et celui de la malléole interne. Le signe de Lasègue est positif. A un examen assez grossier de l'état de la sensibilité, qui se fait spécialement en correspondance des points douloureux accusés par le malade, on rencontre une hypoesthésie au tact et à la douleur plus ou moins marquée.

Le sens de position est conservé dans chacun des segments du membre. La sensibilité électrique est diminuée. L'électro-diagnostic indique une diminution de l'excitabilité électrique faradique et une hyperexcitabilité galvanique sans inversion polaire.

Les réflexes rotuliens sont vifs, égaux des deux côtés. Le réflexe du tendon d'Achille existe prompt des deux côtés. Le réflexe crémastérien est normal. Il n'y a pas de clonus du pied ni signe de Babinsky. Aucun trouble des sphincters. Pas de signe d'Argyll-Robertson. L'examen des urines est négatif pour la recherche de l'albumine et du sucre.

Les viscères thoraciques et abdominaux sont normaux. Le malade ne souffre ni d'hémorroïdes ni de constipation.

Étant donné la symptomatologie précédente, je conclus à un cas de névrite sciatique avec scoliose homologue et en l'absence d'une étiologie bien nette je l'attribue à des varices internes probables compromettant l'intégrité du nerf sciatique.

Puisque les nombreux traitements déjà essayés n'avaient pas réussi, je recours d'emblée au traitement électrique qui, dans la sciatique, me donne habituellement de très bons résultats.

Dans les quinze premiers jours d'avril, le malade fait une dizaine d'applications électriques. Nous avons un peu d'amélioration mais non autant que l'on pouvait le désirer. J'administre alors au malade déjà artério-scléreux et avec tendance arthritique une bonne dose d'iodure de potassium et je continuai les applications électriques. Il en résulte une amélioration mais toujours peu marquée, aussi c'est seulement avec beaucoup de fatigue que le malade peut reprendre son travail.

Connaissant par expérience l'opiniâtreté de la sciatique unie aux varices, pendant le mois de mai je continue les applications

électriques au nombre de trois chaque semaine et j'y joins un traitement reconstituant par l'arsenic et la strychnine. A la fin du mois l'atrophie musculaire a un peu disparu ; les douleurs sont diminuées mais il y a persistance de la scoliose homologue et le malade ne peut certainement pas se dire guéri. Celui-ci pourtant abandonne tout traitement.

Il se représente à moi encore recourbé et incliné à droite le 22 octobre. Il me dit que dans les cinq mois de son absence, quoique ayant continué à travailler, il ne fut cependant jamais débarrassé de sa sciatique ; il ajoute que la douleur à la région lombaire est devenue encore plus vive et que maintenant aussi elle s'est étendue à la ligne médiane, aux points correspondants des troisième et quatrième vertèbres lombaires.

La percussion dans cette région ne provoque pas de douleurs. Il me survient pourtant le doute que quelque processus pathologique profond intéressant les méninges ou les racines spinales pouvait être en cause, et spontanément je propose au malade la ponction lombaire que celui-ci refuse pourtant d'une façon absolue. L'unique ressource qui me restait était de rechercher les troubles de la sensibilité objective, et une telle recherche ne fut pas infructueuse puisqu'elle me donna les résultats suivants :

Sur la face postérieure du membre inférieur droit existe une zone d'hypoesthésie profonde, spécialement pour la sensibilité à la douleur sous la forme d'un ruban médian. Étant partie du pli de la fesse, elle se dirige en bas, traverse la région poplitée et la face postérieure de la jambe jusqu'à ce que avec son bord interne elle vienne se terminer à la malléole interne. Au-dessous du poplité cette zone hypoesthésique perd là sa forme de ruban et va toujours en s'élargissant de plus en plus, puisque son bord externe se déplace à la partie inférieure et en

avant finit par rejoindre la face antéro-externe de la jambe vers sa moitié inférieure où par un trajet oblique interne elle va se terminer à la base du premier métatarsien. Le cinquième doigt de pied et sa face dorsale placés en dehors du bord déjà décrit présentent une hypoesthésie identique qui va se confondre avec celle de la face antéro-externe de la jambe. La face plantaire du pied est néanmoins toute profondément hypoesthésique, excepté une petite portion médiane et postérieure située le long de son bord interne où l'hypoesthésie n'est pas aussi marquée. Une autre raie d'hypoesthésie moins profonde que celle décrite tout à l'heure, mais néanmoins bien marquée, en suit le même trajet occupant postérieurement son bord externe, allant avec celui-ci à la face antéro-externe de la jambe pour occuper finalement le bord interne et postérieur du pied.

Le reste de la jambe et de la cuisse présente lui aussi, quoique à un moindre degré, une diminution des différentes formes de la sensibilité objective ; une semblable diminution remonte en haut à la région inguinale et fessière se terminant dans une zone faiblement hyperesthésique qui entoure le bassin et dont la limite supérieure est formée par une ligne, qui s'étend de la crête iliaque au bord supérieur du pubis.

La sensibilité est parfaitement intacte à la face interne de la fesse et de la cuisse à la région périnéale, au contour de l'anus et des organes génitaux. La même réflexion s'applique au membre gauche et au reste du corps.

Les altérations de la sensibilité telles que je les ai décrites et telles qu'elles furent plusieurs fois contrôlées par des examens répétés tandis qu'elles suffisaient à éliminer une forme hystérique contre laquelle parlait déjà tout l'ensemble symptomati-

que, n'étaient évidemment pas de celles qu'on a coutume d'observer dans la forme habituelle de la sciatique.

Si nous nous bornons à considérer les deux zones d'hypoesthésie profonde occupant la face postérieure de la cuisse, la jambe et le pied, il est évident qu'elles ne correspondent pas au territoire de l'innervation périphérique du nerf sciatique.

Une lésion du plexus sacré, qu'il nous serait, je dirai presque impossible de concevoir comme assez limitée pour respecter les autres branches qui en émanent (entre autres celles qui se distribuent aux organes génitaux), ne rendrait pas compte de l'hypoesthésie intéressant la face antérieure de la cuisse, située dans le domaine des nerfs lombaires.

C'est seulement en remontant plus haut à une lésion radiculaire que nous pouvons trouver l'explication anatomique des troubles de la sensibilité. La topographie radiculaire de la lésion apparaît, en effet, évidente.

Les deux zones d'hypoesthésie profonde en forme de ruban correspondent au territoire des deuxième et première racines sacrées et coïncident, en grande partie, avec le schéma de Kocher. Le reste de l'hypoesthésie du membre inférieur tombe dans le domaine des quatrième, troisième et deuxième racines lombaires, tandis que l'hyperesthésie correspond à celui de la première lombaire.

Est parfaitement intact le territoire des troisième, quatrième et cinquième racines sacrées. Cette donnée qui coïncide avec l'absence des troubles des sphincters et avec l'unilatéralité de la lésion nous permet d'éliminer d'une façon certaine une affection du cône terminal.

Seul un processus peu étendu au niveau de la queue de cheval, seule une méningite radiculaire circonscrite à un fais-

ceau de racines peut expliquer ce singulier syndrome morbide. Nous sommes donc en présence d'une sciatique radiculaire unilatérale.

Quelle en est l'étiologie ? Il me manquait le renseignement bien souvent précieux fourni par la ponction lombaire ; des lésions des vertèbres n'existaient pas. Je pensai de nouveau à la syphilis, dont est bien connue la prédilection pour la région de la queue de cheval et j'interrogeai encore une fois le malade à ce sujet lui faisant comprendre toute l'importance de ma demande.

Avec une parfaite bonne foi celui-ci me répondit qu'il n'avait jamais été atteint de syphilis, que pourtant quatorze ans auparavant, en 1890, il avait eu une ulcération à l'extrémité supérieure du gland, ulcération unique presque indolente ayant duré environ un mois qu'un médecin s'était borné à cautériser sans prescrire aucun autre traitement ni faire aucun diagnostic. Environ un an après l'ulcération apparurent des taches roussâtres sur toute la surface du corps, taches ayant duré environ une semaine qui disparurent spontanément et que le malade attribue à un coup de chaleur.

Je note encore que la femme du malade a eu deux avortements. Il n'y avait donc pas à hésiter à faire le diagnostic rétrospectif de syphilis antérieure, d'une de ces formes de syphilis ignorée qui pourtant sont si fréquentes.

Et la preuve évidente qu'une telle infection restée pour ainsi dire latente jusqu'à cette année se manifestait par ce syndrome douloureux du membre inférieur droit, qu'il s'agissait bien d'une méningo-radiculite spécifique, je l'ai trouvée dans le fait qu'ayant entrepris aussitôt une cure mercurielle associée à une cure d'iodure de potassium ; dès les premiers jours j'ai obtenu une

amélioration très marquée transformée ensuite après environ un mois en une guérison complète.

En effet, les douleurs ont disparu ainsi que l'atrophie, on retrouve presque intégralement la sensibilité objective. Les mouvements redeviendront libres. Une légère scoliose avec concavité à droite et un léger engourdissement de la région lombaire droite resteront uniques vestiges de la tenace et douloureuse affection subie, vestiges qui dans la suite arriveront à disparaître presque complètement.

Observation IV

(Berthéol). *Radiculite sciatique gauche. Syphilis probable. Scoliose homologue.*

X..., âgé de 59 ans, frotteur, entre salle Chomel en janvier 1905. Il présente un facies maigre, allongé, le front saillant et petit, les pommettes colorées.

Il entre à l'hôpital pour des douleurs siégeant sur tout le trajet du nerf sciatique gauche. Son affection a débuté il y a trois ans par des douleurs paroxystiques s'irradiant depuis la fesse jusqu'au talon, pour lesquelles il a été soigné à l'Hôtel-Dieu par du stipage. Il en sortit guéri; mais depuis dix jours il est gêné pour travailler, à cause d'une récidive.

La sciatique se caractérise par des douleurs survenant soit à la suite des mouvements, soit spontanément même la nuit; elles sont térébrantes, surviennent par accès, épousent le trajet du nerf sciatique. Souvent elles déterminent de l'insomnie.

Examen du malade. — Le signe de Lasègue est très marqué,

on détermine facilement un point douloureux iliaque, fessier, trochantérien, poplité, péronier, tibial, malléolaire.

Le réflexe rotulien est affaibli du côté malade.

Le réflexe achilléen est aboli.

Le réflexe crémastérien est diminué à gauche, tandis que le réflexe fessier est très marqué.

Si l'on met le malade debout, on constate un léger degré de scoliose homologue, c'est-à-dire que la convexité de la scoliose regarde le côté sain et le malade prend l'attitude hanchée.

Lorsqu'on le fait marcher on constate une claudication très caractéristique. Il pose timidement le pied sur le sol en même temps qu'il fléchit le membre douloureux.

La marche est progressive et sans efforts.

Pas de Romberg. Pas de troubles sphinctériens, pas de troubles pupillaires.

Troubles de la sensibilité. L'anesthésie est représentée par une bande occupant la face externe de la cuisse et de la jambe empiétant un peu sur la face antérieure et postérieure de ces deux segments du membre.

Quant au pied elle couvre sa face dorsale et plantaire jusqu'au troisième orteil.

Cette bande d'anesthésie est limitée en dedans, tant en avant qu'en arrière, sur tout le membre par une mince zone d'hyperesthésie.

La limite supérieure de l'anesthésie s'arrête en haut et en avant au niveau de l'arcade crurale, sur les côtés au niveau de la crête iliaque, et en arrière, elle prend le pli fessier, le franchit, empiète un peu sur un petit territoire de la fesse opposée, prend tout le pourtour anal, le périnée et s'arrête à la racin

des bourses. Les bourses et la verge sont respectées, ainsi que toute la face interne de la cuisse, de la jambe et du pied.

La sensibilité urétrale, vésicale et rectale est intacte.

Troubles vaso-moteurs. La peau du membre malade est plus chaude et plus rouge que celle du membre droit. Le tissu cellulo-adipeux est normal. Il n'y a pas de troubles secrétoires.

Les mensurations du membre ne donnent aucun résultat appréciable.

Urines claires sans albumine ni sucre.

A l'examen des organes génitaux on trouve une cicatrice pigmentée sur le gland.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 95 ans. Sa mère à 41 ans, après six ans de paralysie des membres inférieurs, suite d'un accouchement. Le malade a eu quatre frères et sœurs parmi lesquels on ne retrouve aucun stigmate de syphilis héréditaire.

Dans ses antécédents on ne relève aucune maladie infectieuse ni toxique ; pas d'alcoolisme.

Cet homme emploie journellement sa jambe gauche pour frotter des parquets et se sert exclusivement même de ce membre.

Évolution de l'affection pendant son séjour à l'hôpital du 28 janvier au 3 février, les douleurs furent très amendées par les frictions mercurielles, mais la topographie de l'anesthésie ne s'est pas modifiée.

Observation V

(Berthéol). *Radiculite sciatique gauche. Syphilis probable.*

Le nommé Émile F..., âgé de 65 ans, briquetier, entre le 8 juin 1905, salle Chomel, dans le service de M. le professeur Landouzy, pour des douleurs dans le membre inférieur gache.

A l'inspection du malade on note quelques légères varices du membre inférieur, une petite ecchymose sur l'œil gauche, trace d'une chute.

Il se plaint d'une douleur vive partant de la plante du pied et du gros orteil, remontant jusque dans la fesse. Elle est plus intense la nuit. Le signe de Lasègue existe réellement. La recherche des points douloureux de Valleix permet de noter l'existence d'un point iliaque, trochantérien, péronier, poplité externe et la palpation de sciatique sur tout son trajet réveille la douleur.

L'exploration de la sensibilité permet de voir que l'anesthésie occupe une bande prenant la moitié externe et antérieure de la cuisse. Sur une largeur de trois travers de doigt la bande de la face antérieure de la cuisse qui s'étend du pli inguinal au condyle interne est entièrement anesthésique.

Extérieurement il s'agit, comme à la jambe, d'hypoesthésie douloureuse surtout accusée en dehors.

En arrière l'hypoesthésie divise par le tiers externe la face postérieure du membre et s'étend de la racine du pli interfessier jusqu'au bord externe du tendon d'Achille.

Les réflexes sont altérés. A gauche le réflexe rotulien est augmenté ; à droite il est normal. Les réflexes achilléens font tous les deux défaut. Il n'y a aucune altération des réflexes des membres supérieurs.

Les pupilles accommodent parfaitement à la lumière.

Aucun trouble sphinctérien.

La mensuration du membre malade faite avec soin ne permet de relever aucune atrophie musculaire et il n'y a pas d'adipose sous-cutanée.

La démarche est claudicante, sautillante même ; le malade porte tout son corps sur la jambe droite et promène sa jambe gauche comme un membre inutile. L'attitude est hanchée du côté droit.

Aux poumons respiration soufflante et emphysème.

Il n'y a pas de stigmates d'hystérie. Mais le malade présente des signes d'éthylisme certains, caractérisés par des cauchemars et des tremblements. A la suite de ses rêves professionnels il a des transpirations abondantes sur tout le corps, saufau niveau du membre inférieur gauche.

Il y a cinq ans, il fit pour la première fois une sciatique, qui fut soignée dans le service du professeur Landouzy et qui céda au bout de vingt et un jours à des siphonages et à des bains sulfureux.

C'est le 8 mars dernier, qu'après un coup de froid, dit-il, il ressentit de nouveau quelques douleurs dans la jambe gauche, qui apparurent en quatre jours ; néanmoins il put encore travailler à un travail facile jusqu'au 3 juin, jour où il fait une chute et où sa douleur sciatique s'exagérant nécessite son entrée dans le service...

Le système vasculaire est dur. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le malade nie tout accident blennorrhagique et syphilitique. Cependant on retrouve à la face externe des jambes quelques

cicatrices voisines comme aspect de l'echtyma, rien au gland, rien à la langue.

Le seul traitement institué est le traitement mixte. Deux grammes d'iodure de potassium et les frictions mercurielles. Onctions au laudanum de la face antérieure de la cuisse. Deux jours après le malade fait de l'iodisme. Il a de la céphalée et quelques vomissements. On cesse l'iodure mais on continue les frictions et cinq jours après le malade se dit très soulagé et demande à sortir.

Observation VI

(Berthéol). *Radiculite sciatique droite. Syphilis. Scoliose homologue.*

Le nommé M..., âgé de 69 ans, manœuvre, entre le 14 mai 1906, salle Chomel, n° 7, dans le service de M. le professeur Landouzy, pour des douleurs dans le membre inférieur droit, douleurs s'exaspérant par la marche et surtout marquées au niveau de l'articulation de la hanche et de celle du genou.

Les douleurs ont débuté depuis environ trois ou quatre mois par des crampes et des élancements surtout marqués pendant la nuit. Quelquefois apaisées par le repos au lit elles sont réveillées par les moindres mouvements qu'il fait. Enfin elles sont exacerbées lorsqu'il quitte la station assise pour prendre la station debout. Elles étaient encore plus vives il y a un mois et le malade était obligé pour marcher de s'aider d'une canne. Il y a trois semaines environ, sur le conseil d'un pharmacien il a frotté le membre douloureux avec de la térébenthine mais cela sans amélioration, et le travail devenait de plus en plus pénible,

lorsque le malade a été obligé de l'interrompre. Après être resté une quinzaine de jours chez lui il rentre à l'hôpital.

Examiné dans la station debout on constate qu'il se meut avec beaucoup de difficultés et qu'il se présente le corps incliné du côté droit, c'est-à-dire qu'il est atteint de scoliose homologue.

Le signe de Lasègue est positif.

Les réflexes rotuliens sont un peu brusques, il y a du clonus du pied.

Les points de Valleix malléolaire, péronier, ischiatique et poplité sont très nets, ce dernier surtout.

Les pupilles réagissent à la lumière et il n'y a pas de signe d'Argyll. Aucun signe d'ataxie ni de tabès. Pas de Romberg.

Autre point important à noter. Le malade lorsqu'il tousse ressent des élancements dans la fesse droite, dans le trajet parcouru par la sciatique, ce qui, d'après M. Siccard, serait l'indice d'une affection radiculaire.

L'examen objectif permet de relever les troubles de la sensibilité suivants : Le malade présente une zone d'hyperesthésie très marquée qui partant du pli de l'aine remonte vers la crête iliaque dont elle suit le bord supérieur. A la face postérieure cette zone d'hyperesthésie part du pli fessier et intéresse toute la fesse du côté gauche, en laissant intacts le pourtour de l'anus, ainsi qu'une partie de la face interne de cette fesse correspondant au territoire de la troisième sacrée. Les limites de l'hyperesthésie sont encore très nettes à la cuisse dont elle occupe toute la face antérieure empiétant un peu sur sa face interne. De la face postérieure elle occupe toute la moitié externe. A la jambe et au pied ces limites sont moins nettes et l'on a toutes les peines du monde à obtenir des réponses précises du malade. Cepen-

dant l'on obtient les résultats suivants: La bande d'hyperesthésie va en diminuant de largeur pour n'intéresser finalement que la face externe de la jambe et une faible partie des faces antérieure et postérieure. Au pied l'hyperesthésie est surtout marquée dans la moitié externe de la face dorsale. La face plantaire ne présente rien à noter.

A l'inspection la masse musculaire de la cuisse paraît atrophiée et il y a une différence de 2 centimètres entre les deux cuisses.

Antécédents héréditaires. — Père et mère inconnus.

Antécédents personnels. — Il a toujours été bien portant.

Il a eu la blennorrhagie, il a fait son service militaire durant sept ans et a fait la campagne d'Italie. Il nie avoir eu la syphilis, mais il présente à la jambe gauche face externe du tibia des cicatrices gaufrées qui paraissent suspectes et d'ailleurs, la difficulté et le peu de précision que le malade met à répondre à nos questions, font que nous ne pouvons guère ajouter foi aux renseignements négatifs qu'il nous donne.

Il nie avoir fait des excès alcooliques. Depuis plusieurs années, dit-il, il ne boit que 1 l. 1/2 de vin par jour. Pressé de questions, il reconnaît avoir fait usage d'absinthe et de marc, mais il n'y a rien de bien net de ce côté-là.

Marié deux fois. La première fois, il y a de cela une trentaine d'années, au bout de trois ans de mariage, il eut deux jumelles, la première morte en naissant et la seconde un jour après. L'an suivant, il a eu un garçon mort-né également, et sa femme mourait des suites de couche. Dans l'intervalle, elle n'avait jamais eu de fausse couche.

Il est marié depuis six ans, à une femme de deux ans plus jeune que lui, dont il n'a pas d'enfant.

Quelques jours après son entrée, vers le 20 mai, on commence le traitement mercuriel mixte, c'est-à-dire les frictions avec l'onguent napolitain, combinées avec l'administration d'iodure de potassium. Au bout de la quatrième friction, le malade se sent mieux. Les douleurs ont beaucoup diminué et il commence à marcher. Au bout de la quinzième friction environ, la marche devenant encore plus facile, il demande à sortir le 7 juin et l'examen objectif de l'hyperesthésie montre que celle-ci a beaucoup diminué d'intensité.

Observation VII

(*Personnelle*). *Radiculite sciatique gauche, Ie et IIe sacrées. Syphilis. Scoliose homologue.*

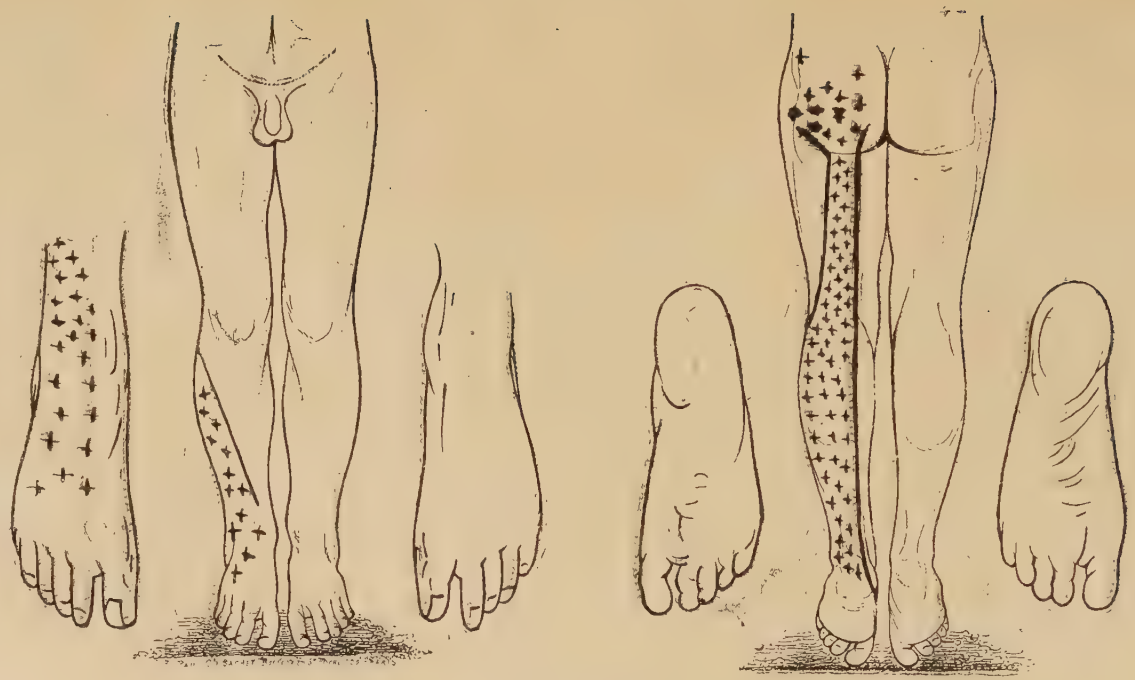
Le nommé Gar..., âgé de 44 ans, se présente à la consultation du professeur Dejerine à la Salpêtrière, le 10 août 1904.

Il nous raconte que depuis un mois il souffre ; la douleur débutant dans les reins s'est étendue, puis localisée à la jambe et à la cuisse et le malade montre le trajet de son sciatique comme les points où il souffre le plus.

Méthodiquement interrogé, le malade, d'antécédents héréditaires et personnels bons par ailleurs, nous avoue sans difficulté avoir contracté la syphilis il y a douze ans. A la suite de l'accident primitif il a eu de la roséole et des plaques muqueuses. Traite pendant deux mois avec des pilules.

Considéré debout le malade accuse de vives douleurs spontanées qui parcourent tout son membre inférieur gauche.

Elles sont aussi intenses quand le malade est assis et il nous



Obs. VII

raconte que, couché, il souffre horriblement au point de passer des nuits entières sans sommeil.

A la pression nous réveillons la douleur aux points de Valleix et nous la retrouvons mais plus légère, sur le trajet du crural. Les masses musculaires sont douloureuses, particulièrement les muscles postérieurs de la cuisse et les adducteurs. Le signe de Lasègue est très net.

Fonctionnellement le membre inférieur gauche, examiné tant en masse que par groupes musculaires, est d'un bon tiers inférieur au membre inférieur droit.

La jambe est un peu fléchie sur la cuisse, la cuisse sur le tronc et le pied ne porte sur le sol que par l'extrémité des orteils, le malade est fortement hanché du côté malade et présente un léger degré de scoliose homologue.

La peau est normale, pas de varicosités, pas de développement anormal compensateur de tissu cellulaire sous-cutané.

On note une notable atrophie des adducteurs et des muscles de la région postérieure de la cuisse. Les jumeaux sont eux aussi fortement diminués de volume.

Le réflexe achillien gauche est très faible et le rotulien du même côté est diminué lui aussi.

On ne note ni signe de Babinski ni trépidation épileptoïde.

Les réflexes pupillaires sont bons et le malade ne présente pas de signe de Romberg.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'examen systématique de la sensibilité de la peau du membre inférieur gauche nous révèle une hyperesthésie très nette de la partie postérieure de la cuisse. Elle s'étend sur la jambe et le mollet englobant la moitié gauche de la face postérieure et débordant sur la face antérieure. C'est là le territoire de la pre-

mière et de la deuxième sacrée. Mais quand nous voulons préciser les limites supérieures de cette hyperesthésie nous ne pouvons y parvenir et de même sur la face antérieure de la jambe et du pied l'hyperesthésie diminue progressivement sans qu'il soit possible de lui assigner de limite exacte. C'est ce que nous avons essayé de rendre sur le schéma.

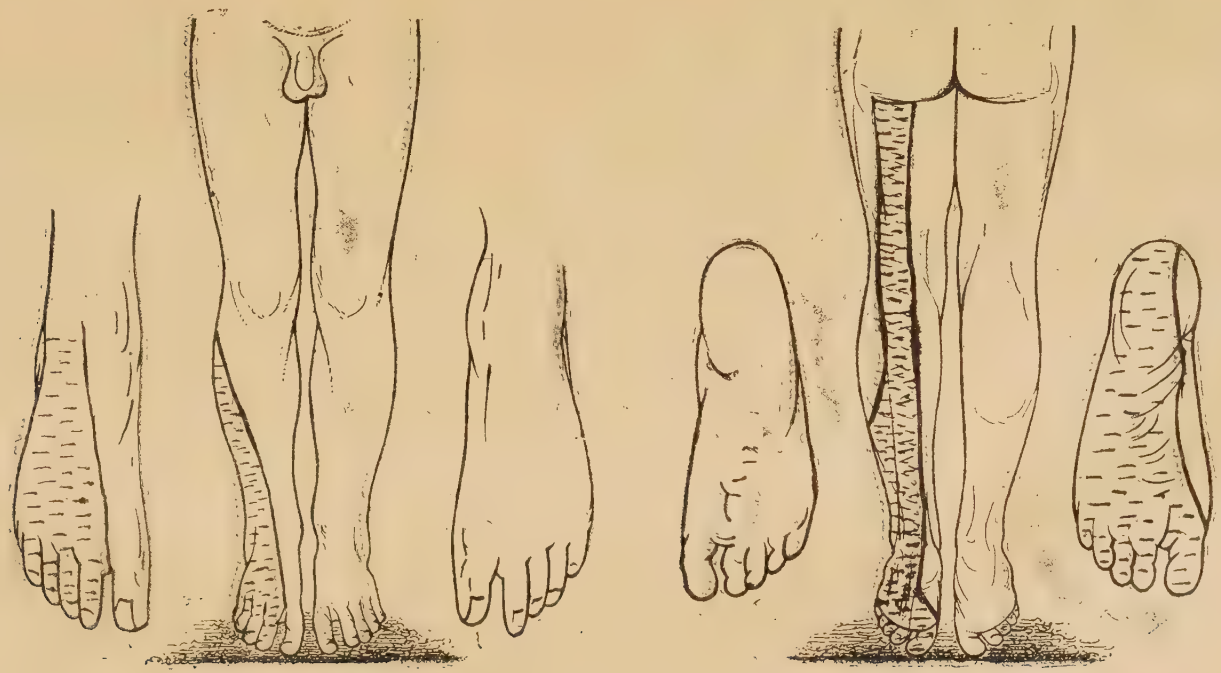
Il s'agissait donc ici d'une sciatique avec hyperesthésie radiculaire chez un syphilitique avoué. Le traitement mercuriel administré sous la forme de piqûres d'huile grise amena en six semaines une sédation presque complète des phénomènes douloureux. Puis nous n'avons plus eu l'occasion d'examiner le malade.

Observation VIII

(*Personnelle*). *Radiculite sciatique gauche, IIe sacrée. Syphilis.*

Le nommé Per..., Louis, âgé de 21 ans, garçon boucher, se présente en octobre 1904 à la consultation du professeur Dejerine à la Salpêtrière porteur d'une sciatique gauche très douloureuse. Le malade marche hanché sur le côté gauche, appuyé sur une canne et n'appuie presque pas son pied gauche sur le sol ; il tient sa jambe gauche en demi-flexion sur la cuisse et la cuisse un peu fléchie sur le tronc.

Il dit souffrir depuis deux mois et d'une façon progressive depuis. Actuellement la douleur est telle qu'elle lui arrache des plaintes. Elle ne cesse pas la nuit et le prive de sommeil. Le malade n'a subi aucun traitement si nous exceptons un emplâtre de nature inconnue, appliqué sur les conseils d'un pharmacien, et qui n'a amené aucun soulagement.



Obs. VIII

Nous ne relevons rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Lui-même est bien portant, n'a jamais eu de rhumatisme et prétend tout d'abord n'avoir jamais été malade. Mais interrogé en particulier il avoue avoir eu à 17 ans un bouton sur la verge ; nous en retrouvons la cicatrice, et poussant l'interrogatoire de ce côté nous retrouvons une roséole probable mais le sujet répond malaisément, n'a pas attaché d'importance à ces accidents et n'a suivi qu'un traitement local (probablement du calomel) pour l'accident primitif.

Au point de vue de sa sciatique nous avons déjà noté l'intensité des douleurs, persistantes la nuit, l'attitude hanchée du malade et la position contractée du membre inférieur gauché.

A la pression nous réveillons nettement les points douloureux de Valleix ou plus exactement le sciatique est douloureux partout où nous pouvons l'atteindre lui ou ses branches.

Le signe de Lasègue est très marqué, le malade s'écrie et nous arrête dès que nous l'ébauchons.

Le malade ne se sert pour ainsi dire pas de son membre mais l'examen systématique des groupes musculaires montre que, défalcation faite de l'élément douloureux, l'intégrité de la face musculaire est complète.

La peau est saine et normale, il n'y a pas de varices, le pannicule adipeux sous-cutané n'est pas épaissi. La mensuration ne révèle aucune différence avec le côté sain.

Le réflexe achilléen gauche est très fort, le réflexe patellaire du même côté normal.

Il n'y a pas de trépidation épileptoïde, pas de signe de Babinski, pas de signe de Gordon. Les réflexes crémastériens sont forts des deux côtés. Les pupilles normales, réagissent vigoureusement à la lumière et à l'accommodation.

L'examen systématique de la sensibilité de la peau du membre inférieur gauche nous montre une bande d'hypoesthésie très nette que nous reproduisons dans le schéma ci-contre. Elle paraît coïncider avec la sphère d'innervation de la deuxième paire sacrée du schéma de Kocher, sauf au pied où elle vient se limiter sur l'interligne interdigital qui sépare le gros orteil de l'index.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité osseuse, le malade à été examiné à cet égard par M. le Dr Egger.

Le sens des attitudes est conservé.

La sensibilité thermique paraît conservée.

Enfin l'examen des usines ne révèle ni sucre, ni albumine.

En présence de ce trouble nettement radiculaire, chez un sujet à peu près sûrement syphilitique, le professeur Dejerine ordonne le traitement mercuriel.

Mais après deux piqûres d'huile grise, le malade ne revient

Observation IX

(Personnelle). Radiculite sciatique, IVe et Ve lombaires. Syphilis.

Mme Let..., 26 ans, se présente le 19 octobre 1904, à la consultation du professeur Dejerine à la Salpêtrière, se plaignant de souffrir de la jambe droite fortement et un peu de la jambe gauche.

Nous l'interrogeons et ne trouvons rien digne d'être noté dans ses antécédents héréditaires. Personnellement elle dit n'avoir jamais été malade, sauf une angine grave à 15 ans. Mariée à

20 ans, elle a eu une fausse couche de trois mois puis a accouché, à huit mois, d'une fillette actuellement vivante et bien portante.

Interrogée sur la cause de sa fausse couche et sur le traitement suivi à la suite de cet accident, elle dit qu'elle était anémique et a été soumise à un traitement tonique ; sur lequel nous faisons des réserves. Spontanément la malade nous montre sa langue, qui lui fait mal, dit-elle. C'est une langue lobulée, d'aspect scrotal avec exfoliation marginée. Elle dit avoir toujours eu la langue « vilaine », mais ne pas en avoir souffert jusqu'à ces jours-ci. Minutieusement interrogée la malade nie toute spécificité et s'indigne même de notre supposition.

Revenant à sa jambe elle nous dit qu'il y a huit ans elle a eu des douleurs dans les cuisses qui l'ont immobilisée un mois au lit. En janvier 1904, nouvelle crise douloureuse dans la jambe gauche. Actuellement elle souffre beaucoup et spontanément dans le membre inférieur droit et un peu dans la jambe gauche.

Ces douleurs sont vives, aiguës, lancinantes, mais diminuent la nuit.

En même temps la malade raconte qu'elle ne peut rien supporter sur la cuisse et la jambe droite. La nuit le contact de son lit et de ses draps est douloureux.

Le jour, la striction de sa jarretière est intolérable, au point que la malade a supprimé cet accessoire de toilette. Elle a remarqué que sa toilette est moins douloureuse quand elle la fait avec de l'eau froide qu'avec de l'eau tiède.

A la pression du sciatique, nous n'avons pas de signe de Valleix net, sauf au creux poplité. Il n'y a pas de signe de Lasègue non plus que de signe de Kœrnig.

La force musculaire intacte à gauche est légèrement diminuée

à droite. Mais il n'y a pas de diminution de diamètre du membre. La peau est sèche, rugueuse à droite. Pas de traces de varices à droite, légères varicosités à gauche.

La malade se tient droite, n'est pas hanchée, mais elle pose son pied droit avec précaution sur le sol et n'appuie que le bout de l'avant-pied. Le pied gauche porte normalement.

Les réflexes achilléens droit et gauche sont normaux, le patellaire droit est très fort, le gauche, normal. Ni d'un côté ni de l'autre, nous ne trouvons de trépidation épileptoïde ni de signe de Babinski. Les réflexes pupillaires sont bons, les pupilles égales. Les urines ne présentent rien d'anormal, mais la malade dit avoir eu de l'albumine au cours de ses grossesses.

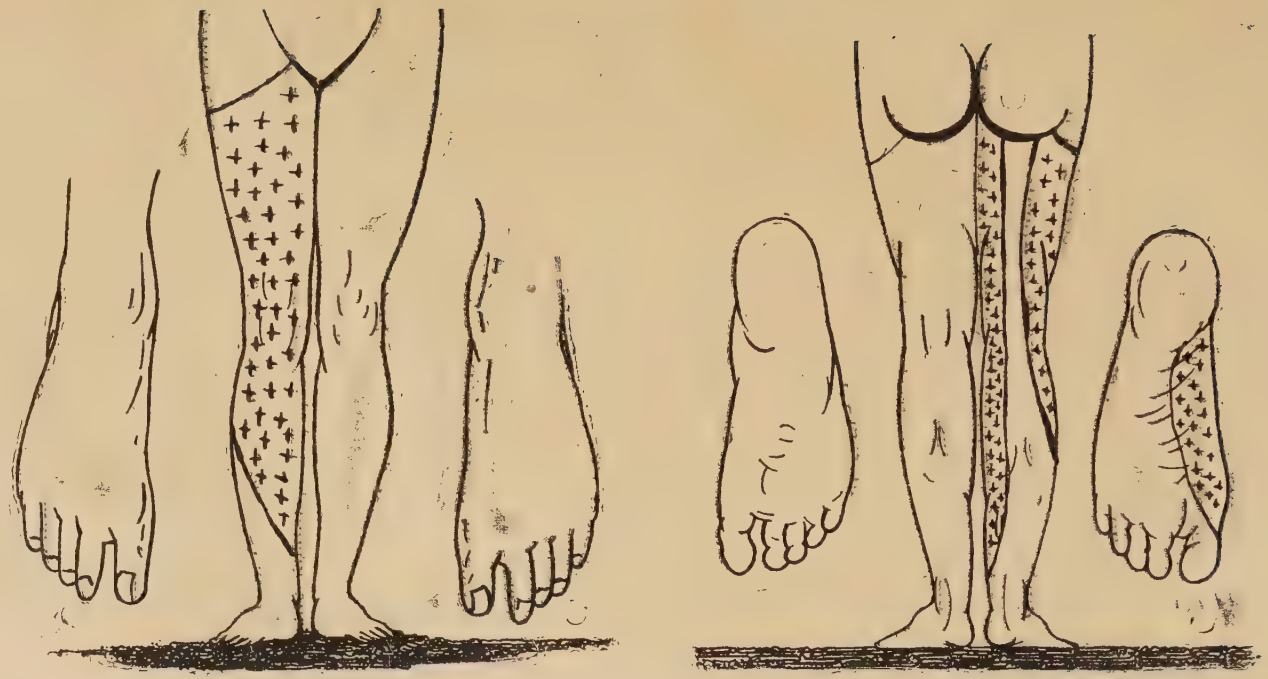
L'examen de la sensibilité cutanée ne révèle rien au membre inférieur gauche, mais au membre inférieur droit, nous retrouvons la forte hyperesthésie que nous a signalée la malade.

Respectant la région postérieure de la cuisse et de la jambe, elle couvre les régions postéro-externe et postéro-interne. En haut, elle s'étend jusqu'au pli fessier, mais n'envahit pas la zone génitale qui est indemne.

En avant, elle affecte la forme d'un bas à varices, s'étendant depuis la région inguino-crurale jusqu'au tiers inférieur de la jambe où elle s'arrête suivant une ligne oblique de dehors en dedans et de haut en bas. Nous la retrouvons à la face plantaire où elle répond à un demi-ovale sur le côté interne du pied.

Si l'on compare le schéma représentatif de cette hyperesthésie avec le schéma des distributions radiculaires, on voit qu'il embrasse le territoire de la quatrième racine lombaire, et un peu celui de la première paire sacrée.

Cette hyperesthésie est remarquable en ce qu'elle respecte nettement et absolument le territoire de la deuxième sacrée et



Obs. IX

de la troisième lombaire. Il s'agit donc bien ici d'un trouble radiculaire. La recherche des stigmates de l'hystérie a d'ailleurs été négative.

On pouvait donc penser, étant donné d'une part, la fausse couche de la malade, le traitement *dit* reconstituant, qui lui a été administré, l'état de sa langue et le trouble radiculaire que nous constatons, a une syphilis ignorée de la malade et traitée, insuffisamment, à son insu. On proposa donc à la patiente de la soumettre à un nouveau traitement hydrargyrique, mais elle partit en s'y refusant énergiquement.

Observation X

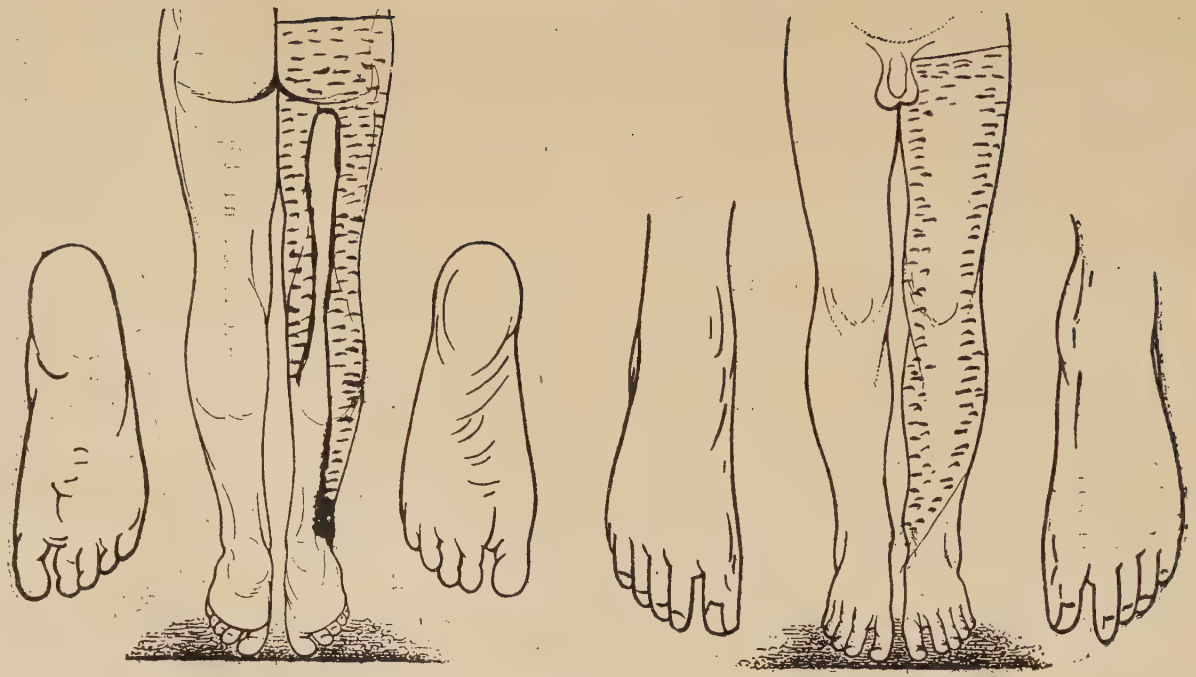
(Personnelle). Radiculite sciatique gauche ; IIIe, IVe et V^e lombaires. Syphilis probable. Scoliose homologue.

Le nommé Lah..., âgé de 47 ans, se présente à la Salpêtrière dans le service du professeur Dejerine, porteur d'une sciatique gauche datant de huit mois.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Dans son passé nous ne relevons qu'une plaie minime à la verge, qui est apparue quand le malade était garçon. Nous ne pouvons obtenir aucun renseignement exact à ce sujet, et ce malade, qui ne croit pas avoir eu la syphilis, nie tout accident secondaire.

La douleur dont se plaint le patient est très forte, continuelle, avec des périodes d'exacerbation, ces crises durent de deux à trois heures.

A la pression nous trouvons les points douloureux de Valleix, mais leur sensibilité n'est pas très forte.



Obs. X

En revanche le signe de Lasègue est très net. Il n'y a pas de signe de Kœrnig.

La capacité fonctionnelle du membre est presque nulle. Le malade, hanché sur la côte gauche, présente de la scoliose homologue, et se tient la jambe et la cuisse gauches à demi-fléchies, le pied portant légèrement sur le sol sans y appuyer. La peau du membre malade est sèche et rugueuse, les veines ne sont pas anormalement dilatées.

Il y a une atrophie apparente de la jambe et de la cuisse gauches à peu près uniformément répartie et le domaine du crural est aussi intéressé que celui du sciatique. Examinés groupe par groupe les muscles sont notablement moins forts qu'à droite.

Les réflexes achilléen et rotulien gauches sont également et nettement affaiblis.

Le crémastérien du même côté est normal.

Pas de trépidation épileptoïde, pas de signe de Gordon, pas de signe de Babinski.

Pas de signe d'Argyll mais légère inégalité pupillaire.

Pas de signe de Romberg.

Les sphincters fonctionnent normalement.

Les urines sont normales.

La sensibilité du membre inférieur gauche présente une anesthésie en bande dont est ci-joint le schéma et qui correspond assez exactement aux IIIe, IVe et Ve lombaires.

La sensibilité osseuse est obtuse mais n'a pas entièrement disparu.

La compression du crural n'est pas douloureuse.

En présence des résultats négatifs des traitements ordinaires déjà essayés, malgré l'absence de syphilis avouée, on décide, en s'appuyant sur la notion d'une plaie à la verge et la consta-

tation des troubles radiculaires et de l'inégalité pupillaire, de faire une cure mercurielle.

Le 20 novembre on commence des piqûres d'huile grise en même temps qu'on ordonne le traitement ioduré.

Réexaminé le 23 décembre le malade ne souffre plus, il appuie son pied sur le sol, mais la scoliose et les troubles de la sensibilité persistent.

Observation XI

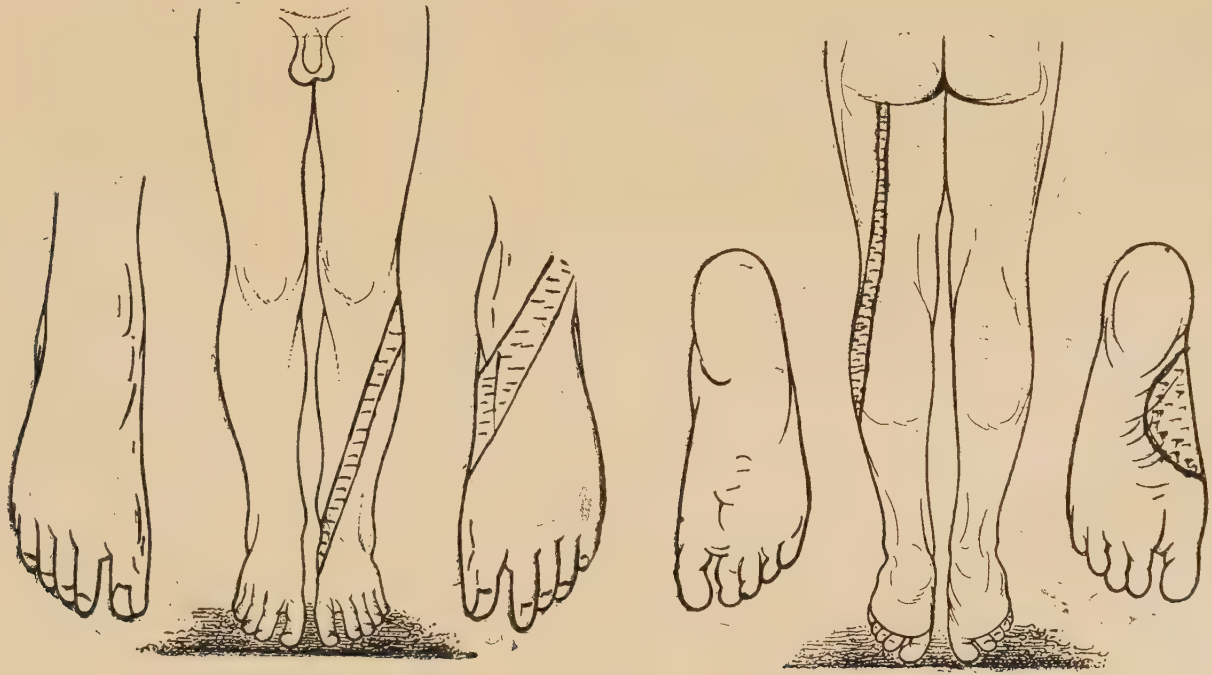
(*Personnelle*). *Radiculite sciatique gauche, Ire sacrée. Syphilis probable. Signe de Kœrnig.*

Le nommé Duss..., âgé de 69 ans, se présente à la consultation du professeur Dejerine à la Salpêtrière en novembre 1904, porteur d'une sciatique gauche dont il dit souffrir beaucoup.

Le malade ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Personnellement il dit n'avoir jamais été malade. Marié deux fois, sa première union ne donna pas d'enfant, mais fait à remarquer, sa seconde femme, de bonne santé dit-il, a eu deux fausses couches, et n'a d'ailleurs pas eu d'autre grossesse par la suite.

Le malade qui souffre depuis mars 1903 a supporté toute une série de traitements : badigeonnages iodés, siphonages, injections de sérum pendant sept mois. Chacune de ces médications a amené peu de soulagement, mais jamais la cessation des douleurs qui retrouvaient toute leur acuité dès après la cessation des traitements. Il s'agit donc d'un sciatique rebelle, tenace.

A l'examen, debout, le malade accuse des lancées dans le trajet de son nerf sciatique en même temps que des fourmillements



Obs. XI

profonds dans les masses musculaires dans la jambe et dans le pied.

Il raconte que ces douleurs diminuent après quelque temps de décubitus ; il n'y a pas d'acerbation nocturne.

A la pression nous trouvons nettement les points fessier, poplité, périnier et malléolaire. Les signes de Valleix sont nets.

A l'extension de la jambe sur la cuisse le malade accuse une douleur vive sur le trajet de son sciatique et indique la région poplitée comme la plus douloureuse. Donc le signe de Lasègue est positif,

A la flexion de la cuisse sur le tronc nous trouvons un signe de Kœrnig fruste.

La capacité fonctionnelle du membre est assez fortement diminuée, mais la douleur est la cause principale de cette impotence, car l'examen massif des groupes musculaires montre que leur intégrité est presque complète et seuls les fléchisseurs de la jambe sur la cuisse sont notablement plus faibles que du côté sain.

D'ailleurs le malade ne présente aucune trace de scoliose, la peau du membre malade est sèche et présente une légère desquamation en lamelles écailleuses. Il n'y a pas trace de varices. La mensuration démontre une très légère diminution du diamètre du membre, surtout marquée à la cuisse. Le tissu cellulaire sous-cutané n'est pas augmenté.

Les réflexes pupillaires sont bons des deux côtés, mais la pupille gauche est un peu plus dilatée que la droite.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont bien des deux côtés égaux. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde, les réflexes crémastériens sont normaux ; il n'y a pas de signe de Babinski, pas de signe de Gordon.

L'examen des urines est négatif pour le sucre et l'albumine et l'examen systématique et clinique des organes ne nous décèle rien de suspect.

L'examen de la sensibilité cutanée nous montre une hypoesthésie en bande radiculaire que nous ne décrirons pas puisque nous joignons un schéma à l'observation.

Rapproché du schéma de Kocher ce dessin paraît se rapporter à la première racine sacrée, sauf au pied où l'identité n'est pas complète.

La sensibilité thermique paraît aussi affaiblie dans la même région, mais l'étroitesse de la bande hypoesthésique ne nous a pas permis d'obtenir du malade des réponses précises à ce sujet.

La sensibilité osseuse n'est pas touchée. Le malade a parfaitement conservé le sens des attitudes.

Ne trouvant aucune cause ordinaire de sciatique, et constatant la présence de cette hypoersthésie radiculaire chez un malade dont la femme a fait deux fausses couches, on était en droit de soupçonner une syphilis passée inaperçue.

Le professeur Dejerine conseille le traitement mercuriel et le lendemain 21 novembre 1904, le malade reçoit une piqûre d'huile grise. Il revient régulièrement suivre son traitement et six semaines après il accuse la disparition presque complète des douleurs, avec persistance des fourmillements et une sensation d'engourdissement dans le pied. Le malade n'a pas été revu depuis cette époque.

Observation XII

(*Personnelle*). *Radiculite sciatique gauche*; *Ire et IIe sacrées. Syphilis probable. Scoliose homologue.*

En février 1905, se présente à la consultation du professeur Dejerine à la Salpêtrière, un homme de 50 ans, le nommé F. C..., porteur d'une sciatique gauche dont il souffre, dit-il, depuis huit mois.

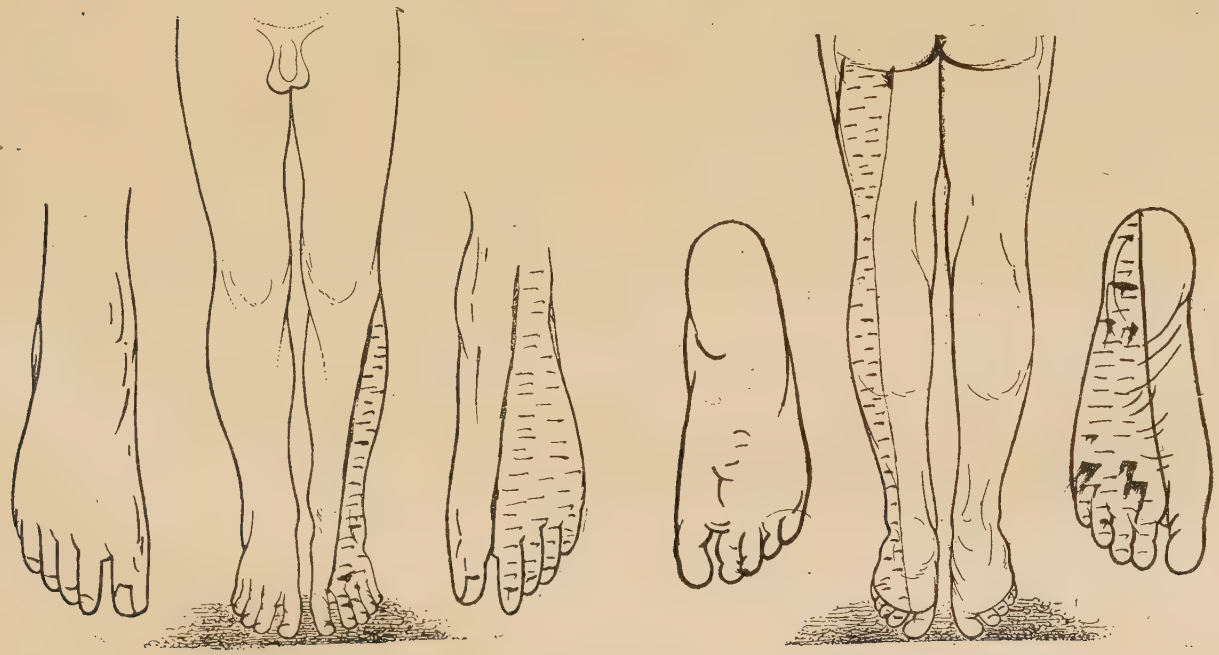
Depuis cette époque, il a essayé plusieurs traitements ; il a été siphoné à diverses reprises, on lui a administré du salicylate à hautes doses et enfin il porte sur sa jambe malade des traces d'une centaine de pointes de feu.

Le malade, pâle, maigre, presque cachectique, présente une attitude typique, le rachis est dévié du côté gauche, côté de la jambe malade, et tout le corps est incliné sur le même côté.

A l'interrogatoire le malade nous répond qu'il est d'une famille saine et de fait nous ne relevons rien de suspect dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement il n'a eu qu'une scarlatine à 18 ans. Il nie toute affection vénérienne. Marié à 25, il avoue cependant, sans difficulté, que sa femme a eu deux fausses couches, puis deux enfants encore vivants et bien portants. Vu le temps écoulé depuis nous ne pouvons faire préciser au malade les causes de ces fausses couches ni si un traitement médical est intervenu pour modifier son état ou celui de sa femme avant les deux grossesses normales.

Au sujet de sa maladie actuelle le malade raconte qu'il a commencé à souffrir il y a huit mois environ dans le pied, puis



Obs. XII

la jambe et la cuisse gauche. Il montre nettement le trajet de son sciatique quand il veut nous indiquer les régions douloureuses. Il raconte que ces douleurs apparaissent sans cause appréciable, alors même qu'il est couché mais que dans ce cas elles sont moins intenses et d'une durée plus courte.

La recherche des points douloureux de Valleix est positive. Ils sont surtout nets à la fesse et à la tête du péroné. En revanche le signe de Lasègue est peu net et la douleur provoquée par sa recherche n'est pas bien intense.

Lorsque le malade se tient debout on constate chez lui une timidité, une appréhension à appuyer le pied gauche par terre ; c'est à peine s'il prend contact avec le sol et sa jambe à demi-contractée n'appuie pas sur le pied. Le patient est assez fortement hanché sur son côté gauche, il a une scoliose homologue à la lésion de son membre inférieur. D'ailleurs la marche, même avec le secours d'une canne, est lente, pénible, douloureuse.

La recherche du signe de Kœrnig est négative.

Fonctionnellement le membre a pratiquement perdu toute valeur et l'examen séparé des groupes musculaires montre que leur force de contraction est environ d'un tiers inférieur à celle des groupes correspondants du côté sain.

Le réflexe achilléen gauche est normal mais le réflexe patellaire est très fort, notablement exagéré si on le compare au patellaire du côté droit.

Les crémastériens sont vigoureux et pareils.

Pas de trépidation épileptoïde.

Pas de signe de Babinski, pas de signe de Gordon.

Les pupilles, égales, réagissent à la lumière et à l'accommodation.

A la mensuration le membre inférieur gauche n'est pas sensi

blement moins volumineux que le droit, mais il semble qu'il y ait une légère atrophie musculaire réelle marquée par une adipose sous-cutanée.

La peau est sèche, épaisse, variqueuse. Pas de différence de température entre les deux membres inférieurs.

L'examen de la sensibilité nous révèle l'existence d'une bande d'hypoesthésie forte, nette, à limites bien tranchées, que nous pouvons dessiner sur la peau du malade.

Elle part du pli fessier gauche, descend verticalement sur la face postérieure de la cuisse, et de la jambe dont elle occupe la moitié postéro-externe. En même temps elle gagne obliquement d'abord la face externe puis la face antérieure de la jambe, qu'elle traverse obliquement pour venir passer à l'espace interdigital que sépare le grôs orteil de l'index. Elle couvre la face dorsale dans les quatre derniers orteils, leur extrémité, leur face plantaire et le bord externe du pied.

Si nous reportons cette disposition sur le schéma de Kocher nous pourrons conclure que cette hypoesthésie englobe les territoires d'innervation cutanée des première et deuxième paires rachidiennes sacrées et n'englobe qu'elles, car dans tout le reste de la jambe, de la cuisse, du pied la sensibilité objective est normale.

Voici donc un malade porteur d'une sciatique gauche, dont l'étiologie n'a pas été décelée, a qui les divers traitements salicylate, siphonage, pointes de feu n'ont pas apporté de soulagement durable.

Pour nous la constatation des troubles radiculaires qu'il présente, jointe à la notion des deux premières grossesses interrompues de sa femme, nous permet de soupçonner une syphilis fruste et passée inaperçue, et proposant le diagnostic de radi-

culite des première et deuxième sacrées, nous soumettons le malade au traitement mercuriel. Malheureusement le patient ne vient que deux fois recevoir une injection d'huile grise et nous n'en avons plus eu de nouvelles.

Observation XIII

(Personnelle). Radiculite sciatique gauche; IVe et Ve lombaires Ie et IIe sacrées. Syphilis probable. Scoliose homologue.

Le nommé Lil..., âgé de 37 ans, de souche nettement arthritique, se plaint d'une douleur intense dans la jambe gauche, dont il souffre depuis deux mois.

Dans ses antécédents personnels nous ne trouvons rien d'intéressant, pas de blennorrhagie, pas de syphilis avouées. Marié depuis dix ans, le malade n'a pas d'enfants. Mais, au début de son mariage, sa femme a fait une fausse couche de six mois.

La douleur dans la jambe gauche est intense quand le malade est debout et présente des exacerbations nettes à certaines heures. Le sujet les compare à un courant électrique qui lui traverserait le membre et dit qu'en outre les masses masculaires présentent des crampes. La douleur est moins grande quand le malade est assis et elle disparaît presque complètement dans la position horizontale. Cependant il y a eu des crises violentes à plusieurs reprises la nuit.

A la pression, le point de Trousseau est net. On retrouve aussi les points fessier, poplité, péronier et dorsal du pied de Valleix. La manœuvre de Lasègue donne un résultat positif sans que cependant la douleur soit très intense. Il n'y a pas de signe de Kœrnig.

Obs. XIII

Fonctionnellement le membre est presque sans valeur. Le malade quand il est debout est fortement incliné sur son côté, présente de la scoliose homologue peu intense. Sa jambe et sa cuisse gauche sont à demi-fléchies. Le pied touche le sol sans y appuyer, et le malade ne peut marcher qu'avec l'aide de deux cannes.

L'examen des groupes musculaires montre un affaiblissement sensible comparativement au côté droit ; la mensuration ne montre pas de différence sensible avec le côté sain, mais la palpation révèle une épaisseur anormale du tissu cellulaire sous-cutané sous lequel les muscles semblent diminués de volume. On n'observe aucune dilatation variqueuse. La peau est sèche, exfoliée et au creux poplité on trouve un placard eczématoïde en voie de guérison. Le malade raconte qu'il a apparu quelques jours avant le début des douleurs et que sa première manifestation fut *une série de petits boutons qui ont donné de l'eau.*

Le réflexe achilléen est exagéré notablement à gauche. Le rotulien est normal, mais paresseux. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde, pas de signe de Babinsky, pas de signe de Gordon. Le réflexe crémastérien gauche est fort. Le malade ne présente pas de signe de Romberg ; mais l'examen de ses pupilles montre, à côté de la pupille gauche normale, un affaiblissement très net du réflexe lumineux à droite.

L'examen des urines est négatif.

Enfin l'étude de la sensibilité montre une bande d'hyperesthésie dans le domaine des quatrième et cinquième lombaires. Cette hyperesthésie, très nette et douloureuse dans les parties médianes de la face antérieure de la cuisse et de la jambe va en s'atténuant progressivement et rapidement sur les faces latérales du

membre et il est malaisé d'en déterminer les limites. Le sens stéréognostique est conservé.

Étant donné l'inefficacité des traitements ordinaires déjà essayés par le malade, on lui prescrit un traitement mixte hydrargyro-ioduré. Les renseignements obtenus depuis apprirent qu'après quinze jours de ce traitement, les douleurs avaient complètement disparu.

Observation XIV

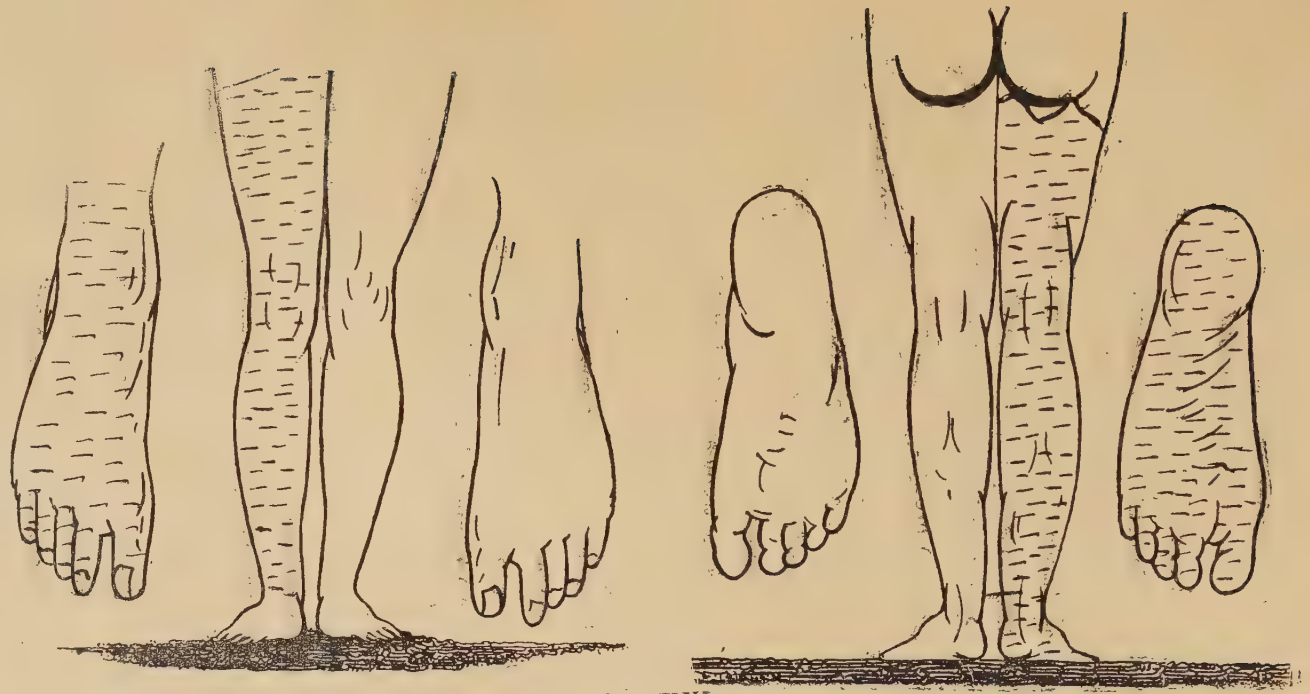
(Personnelle). Radiculite sciatique droite, IVe et Ve lombaires, Ie et IIe sacrées. Signe de Sicard. Syphilis.

Mme M..., 25 ans, se présente à nous, juin 1906, se plaignant d'une sciatique droite rebelle à tout traitement et dont elle souffre depuis sept semaines environ. Dans ce laps de temps elle a subi d'abord un traitement intense au salicylate, puis a été siphonée à plusieurs reprises et a reçu environ cent pointes de feu, tout cela sans grand résultat. Enfin actuellement elle vient de recevoir deux injections profondes de sérum artificiel, qui ont légèrement atténué la douleur. Néanmoins elle se plaint de souffrir encore beaucoup.

La douleur aussi intense la nuit que le jour est lancinante, prive la malade de repos. A la pression les masses musculaires réveillent chez la malade une sensation obtuse d'endolorissement sans douleur vraie.

Les points de Valleix sont moyennement douloureux mais le signe de Lasègue est très net. La malade présente nettement le signe douloureux de la secousse de toux du Dr Sicard.

Fonctionnellement, sous l'effet de la douleur réveillée par les



Obs. XIV

mouvements et le fait d'appuyer le pied sur le sol, le membre inférieur droit n'est d'aucune utilité à la malade qui le traîne péniblement et s'aide d'une canne pour marcher. Le membre contracté en demi-flexion, entraîne une attitude hanchée de tout le corps mais il n'y a pas de scoliose vraie.

La peau est sèche, rugueuse, grisâtre et présente de multiples petites dilatations capillaires rouge vif.

Cependant il n'y a pas de varices. La force musculaire examinée groupe à groupe est intacte et d'ailleurs la mensuration ne révèle aucune atrophie ; la palpation donne l'impression de muscles pleins et sains. Les réflexes achilléens et patellaires droits sont très forts, mais ceux du côté gauche sont aussi anormalement intenses.

Il n'y a pas de trépidation épileptoïde, pas de signe de Babinski, pas de signe de Gordon, pas de signe de Romberg, pas d'inégalité pupillaire, pas de signe d'Argyll.

Les urines ne contiennent pas d'éléments anormaux.

L'examen de la sensibilité nous montre une hypoesthésie en masse du membre inférieur gauche dont la limite supérieure correspond à la limite du territoire de la troisième racine lombaire en avant, de la troisième lombaire et de la troisième sacrée en arrière.

Enfin la zone génitale est respectée. D'ailleurs les sphincters fonctionnent bien.

D'autre part la syphilis de la malade nous est connue. L'accident primitif remonte à deux ans, il a été suivi d'une roséole bénigne et de quelques plaques muqueuses ano-vulvaires, malgré un traitement au benzoate de mercure.

Aussi n'hésitons-nous pas à préconiser le traitement hydrargyrique et devant la répugnance de la patiente à supporter de nou-

velles piqûres nous conseillons des frictions quotidiennes d'onguentmercuriel. Après douze jours de ce traitement, qui a amené un peu de gingivite la douleur a presque complètement disparu. La malade appuie seulement son pied droit par terre. Tout au plus reste-t-il un certain balancement dans la démarche.

L'examen de la sensibilité, pratiqué à nouveau par le médecin traitant, a paraît-il montré une persistance à peu près complète de l'hypoesthésie. Mais les modifications produites en si peu de temps n'auraient guère pu être appréciables que pour celui qui avait procédé au premier examen.

CONCLUSIONS

1° A l'unité de la sciatique tronculaire classique on a déjà soustrait les sciatiques partielles périphériques : il convient, à l'heure actuelle, d'en séparer encore la sciatique radiculaire ou radiculite sciatique.

2° La notion de troubles radiculaires de la sensibilité cutanée du membre inférieur est d'une valeur capitale pour le diagnostic de ces formes radiculaires de la sciatique.

3° Parmi les causes de la radiculite sciatique, on relève très fréquemment la syphilis.

4° Le traitement mercuriel, aidé ou non d'iodure donne, dans ces cas, des résultats très favorables.

5° Dans le cas où l'on ne trouve pas de syphilis avouée dans l'étiologie de la radiculite sciatique, le traitement mercuriel est encore indiqué, tant parce

qu'il guérira, s'il s'agit d'une syphilis méconnue, que parce que loin de nuire dans les cas où elle n'est pas en cause, il amènera souvent néanmoins un soulagement notable.

Vu : le Président de la thèse
DEJERINE

Vu le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ACHARDO ET SUPAULT. — Sciatique et hystérie, in *Gazette des hôpitaux*, 21 juillet 1892.

ARLOING. — *Journal de médecine générale*, 1828, p. 291.

BABINSKI. — Déformations particulières du tronc causées par la sciatique, in *Arch. neurol.*, 1888.

BERTHÉOL. — Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire. *Thèse Paris*, 1906.

BESNIER. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1877, p. 443.

BIRO (MAX). — Des troubles réflexes du tendon d'Achille en tabès et sciatique, in *Revue neurologique*, 30 octobre 1903.

BLOCQ. — Nervo tabès, 1890.

BRISSAUD. — Scoliose dans les névrites sciatiques, in *Archives de neurologie*, 1890.

— Leçons sur les maladies nerveuses, 1e série, 1895.

— Scoliose homologue in Arch. Neur. Janvier 1890.

BRISSAUD ET LAMY. — Scoliose spasmodique.

BRISSAUD ET WIDAL. — Signe de la secousse de toux.

BRISSON. — Sciatique blennorrhagique. *Thèse de Paris*, 1883.

BRUHL. — La sciatique, in *Gazette des hôpitaux*, 4 novembre 1893.

P. CAMUS ET A. SEZARI. — *Société de neurologie*, 6 décembre 1906.

CANE (FILS). — Cautérisations de l'oreille contre la sciatique, in *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1851, XIX, 72.

CHARCOT. — Leçons sur les maladies nerveuses.

CELLERIER. — Tuberculose et sciatique. *Thèse Lyon*, 1904.

CHIPAULT ET DEMOULIN. — Névralgie de la huitième cervicale droite postérieure, in *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, mai-juin 1895.

CHIPAULT. — Un nouveau type clinique : la radiculalgie méningopathique, in *Bulletin médical*, mars 1882.

COTUGNO. — De ischiade nervosa commentarius : Neap., 1764.

DEBOVE. — Société médicale des hôpitaux, août 1884.

DEJERINE. — Acticle : Séméiologie du système nerveux, in *Pathologie générale de Bouchard.*

DEJERINE. — Anatomie du système nerveux.

DEJERINE ET EGGER. — Un cas de névrite radiculaire sensitivo-motivée généralisée à marche chronique, in *Revue neurologique*, 15 juin 1904.

Mme DEJERINE-KLUMPKE. —

DIEULAFOY. — Sciatique.

DUBOIS. — La sciatique syphilitique et en particulier, de la sciatique survenant dans le cours des accidents secondaires. *Thèse de Paris*, 1884.

DUBARRY. — Contribution à l'étude de la sensibilité cutanée dans la sciatique. *Thèse de Paris*, 1903.

FERNET. — La sciatique et sa nature, in *Archives générales de Médecine*, 1878.

FOURNIER. — Article Blennorrhagie, in *Union médicale*, 1878.

— De la sciatique syphilitique, in *Traité de la syphilis*, 1899.

— La sciatique blennorrhagique, 1869.

GALIEN. — De compositione pharmacorum liber decimus, t. III, cap. 4, p. 718. Lugduni, 1550.

GAVAZONNI. — Un cas de sciatique radiculaire unilatéral. *Policlinico*, août 1905.

GAUCKLER ET ROUSSY. — Sciatique avec troubles de la sensibilité à topographie radiculaire, in *Revue Neurologique*, 30 juin 1904.

GÉRARD. — De l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de certaines sciatiques et de quelques rhu-

matismes de cause spécifique, in *Lyon Médical*, 1859, V, 1229.

Gilbert-Ballet. — Paralysie radiculaire sensitive du plexus brachial, 23 et 30 septembre 1896.

Gros et Lancereaux. Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1861.

Guinon et Parmentier. — Névrite localisée au sciatique poplité interne, in *Archives de Neurologie*, 1890, p. 178.

Hallion. — Article sciatique du *Traité de médecine Charcot-Bouchard et Brissaud*, 2e édition tome X.

Hardy. — Névralgie sciatique, in *Gazette des Hôpitaux*, 1886.

Hippocrate. — De affectionnibus, 329, § 29, t. VI. Littré, Paris, 1861.

Homolle. — Article sciatique du nouveau *Dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratique*, 1882.

Hubert-Valleroux. — Des altérations de la sensibilité cutanée dans la sciatique. *Thèse de Paris*, 1870.

Jouenne. — Différents traitements de la sciatique. *Thèse de Paris*, 1904.

Lagrelette. — Étiologie, historique et thérapeutique de la sciatique. *Thèse de Paris*, 1869.

Landouzy. — De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer, in *Archives de Médecine*, 1875.

Lasègue. — Considérations sur la sciatique, in *Archives générales de Médecine*, 1864.

Lereboullet. — Article sciatique du *Dictionnaire Dechambre*, 3e série, 1879.

Lortat-Jacob et Sabareanu. — Un cas de sciatique radiculaire uni-latérale, in *Presse Médicale*, 5 octobre 1904, n° 80.

— La sciatique radiculaire, in *Revue de Médecine*, 1905.

Lortat-Jacob. — Valeur diagnostique et pronostique de la sciatique radiculaire, in *Tribune Médicale*, 24 mars 1906.

Notta. — Étude sur les troubles de la sensibilité et de la motilité dans les névralgies, in *Archives générales de Médecine*, 1854.

PITRES ET VAILLARD. — Article sciatique, in *Traité de Médecine et de Thérapeutique de Brouardel et Gilbert.*

PLESSI (AUGUSTE). — Symptôme de Kœrnig dans la sciatique : in *Gazetta del Ospital et delle Cliniche*, anno XXV, n° 40, page 420, 3 avril 1904.

PHULPIN. — La sciatique. *Thèse de Paris*, 1895.

QUÉNU. — Traitement chirurgical de la sciatique des variqueux, in *Gazette des hôpitaux*, 1892.

RAYMOND. — Névrite sciatique double ; cancer de la colonne vértébrale et compression de la queue de cheval, in *Archives générales de Médecine*, 1886.

— Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux.

— Paralysie radiculaire sensitive du plexus brachial, in *Presse médicale*, 27 juillet 1894.

— Contribution à l'étude des localisations médullaires de la syphilis, in *Archives Neurologiques*, 1894.

ROMBERG. — *Lehrbuch. der Nervenk.* Berlin, 1857.

ROODS. — Praticals observations on the natur and traitment of sciatic, With and Introductiory Dissertation on spinal irritation and inflammatory disease of nervons structose in general : London, 1859.

ROUSSET. — Dissertation sur la sciatique nerveuse, *Thèse de Paris*, an XII.

SOTTAS. — Syphilis médullaire, in *Gazette des Hôpitaux*, 22 décembre 1894.

TAYLOR. — Clinical notes on nevralgia of the sciatic nerv. caused. by syphilis. New-York, M.-J., 1880, XXII, 235-240

ANDRÉ THOMAS. — Les radiculites du membre inférieur, in *Clinique*, 15 février 1907.

TROUSSEAU. — Leçons sur les névralgies, in *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.*

VALLEIX. — Traité des névralgies, 1841.

ZAMBACCO. — Affections nerveuses syphilitiques, 1862.

Libr. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.